

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Bc. Silvie Ptaková

**Ergoterapie v rámci interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci
osob po poškození mozku**

Occupational therapy within interprofessional collaboration in
community-based rehabilitation for people after brain damage

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Anna Krulová

Praha, 2018

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych tímto poděkovat vedoucí své diplomové práce, paní Mgr. Anně Krulové, za ochotu a spolupráci, odborné připomínky a náměty. Dále bych chtěla poděkovat odborníkům nejen z Kliniky rehabilitačního lékařství, díky kterým mohlo dojít k interprofesní spolupráci. Také bych ráda poděkovala všem klientům a jejich rodinám. Poděkování patří i kolegyni Bc. Dorotě Podzemné, která mi byla při tvorbě diplomové práce oporou. Rodině a přáteli děkuji za podporu, kterou mi poskytovali během studia.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne:

Bc. Silvie Ptaková

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Bc. Silvie Ptaková

Vedoucí práce: Mgr. Anna Krulová

Název diplomové práce: *Ergoterapie v rámci interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku*

Abstrakt diplomové práce:

Díky pokroku v urgentní a intenzivní medicíně, pacienti s těžkým dříve smrtelným poškozením mozku častěji přežívají. Avšak potýkají se s těžkými funkčními následky. V České republice je pro pacienty po cévní mozkové příhodě (CMP) v akutní fázi zajištěna špičková péče, není však zajištěna dostatečná rehabilitace. V systému chybí kontinuita, což vede k neefektivním výstupům a ve výsledku k celkovému navýšení nákladů na léčbu.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zhodnotit možnosti ergoterapeuta v rámci interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci – myšleno v domácím prostředí klienta po poškození mozku. Poškození mozku lze rozdělit na získaná, vrozená, degenerativní a poškození vzniklá při porodu. Cílem bylo zjistit, jaké jsou základní problematické oblasti a nedostatky. Na podkladě zahraniční literatury a vlastní práce v týmu byly shrnuty výsledky, které mohou být podkladem ke vzniku doporučení směřujícím ke zlepšení této situace.

Pro účely této práce bylo vybráno 5 osob se získaným poškozením mozku a 1 osoba s degenerativním onemocněním, žijících v domácím prostředí. Těmto osobám byla poskytnuta tříměsíční ergoterapeutická intervence, kdy ergoterapeut plnil úlohu case managera a spolupracoval s dalšími odborníky interprofesního rehabilitačního týmu. K objektivizaci ergoterapeutických intervencí bylo využito hodnocení prostřednictvím FIM (Funkční míry nezávislosti) a zhodnocení kvality života prostřednictvím dotazníku WHO DAS II. Dále pak bylo posouzeno, zda došlo k naplnění stanovených cílů.

Z analýzy dat získaných během pravidelných návštěv v domácím prostředí klienta vzešlo šest kategorií vztahujících se k přínosu ergoterapie a interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku.

Na základě těchto poznatků bylo možné navrhnout schéma ergoterapeutického procesu v oblasti interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci.

Klíčová slova: *ergoterapie, domácí prostředí, ADL, neuror rehabilitace, interprofesní tým*

Abstract:

As a result of rapid development in Emergency Medicine and Intensive Care the patients with brain damage have better chances of surviving than they had in the past. However the survivors need to deal with severe loss of function and consequences resulting from that. An excellent primary care for patients who suffer from stroke is provided in Czech Republic, the rehabilitation on the other hand is insufficient. The main problem is an absence of continuity of care which leads to ineffective outcomes and increase of total costs of treatment

The purpose of this diploma thesis was to evaluate the possibilities of occupational therapist of interprofessional collaboration in community based rehabilitation – in client's home environment. There are several categories of brain damage including acquired brain injury, genetic brain disorders and brain damage acquired during labor.

The goal was to detect basic deficient fields. Results of this thesis based on knowledge from foreign literature as well as own experiences in the team. Results might be used as basis for designed guidelines to improve situation.

One client with degenerative brain disorder and five with acquired brain injury which live in home environment were selected. Three months long therapy was provided to them, occupational therapist as case manager and he collaborate with other professionals of interprofessional rehabilitation team. FIM and WHO DAS II questionnaire were used for objectivization. At the beginning of the interventions goals have been set and it was assessed whether it was fulfilled.

By analyzing which were collected throughout the visits in the home environment six categories which apply on benefits of occupational therapy intervention and collaboration with interprofessional team were established.

Based on these findings was possible to design the schema of occupational therapy process within interprofessional collaboration in the community based rehabilitation.

Key words: *occupational therapy, home environment, ADL, neurorehabilitation, interprofessional team*

Identifikační záznam:

PTAKOVÁ, Silvie. *Ergoterapie v rámci interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku. [Occupational therapy within interprofessional collaboration in community-based rehabilitation for people after brain damage]*. Praha, 2018, 181 stran, 8 příloh. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Anna Krulová.

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

Obsah

ÚVOD	12
1 TEORETICKÁ ČÁST	13
1.1 Základní charakteristika poškození mozku	13
1.1.1 Získaná poškození mozku	14
1.1.2 Degenerativní poškození mozku	15
1.2 Systém rehabilitace osob po poškození mozku v ČR	16
1.2.1 Financování	20
1.3 Systém rehabilitace osob po poškození mozku v zahraničí	24
1.4 Komunitní rehabilitace	27
1.4.1 Dostupné koncepty, modely a postupy pro vytvoření systému komunitní rehabilitace	Chyba! Záložka není definována.
1.4.2 Význam domácího prostředí v komunitní rehabilitaci	30
1.4.3 Role ergoterapeuta v komunitní rehabilitaci	32
1.5 Interprofesní spolupráce v koordinované rehabilitaci	35
1.5.1 Úloha ergoterapeuta v interprofesním týmu	37
2 Praktická část	39
2.1 Cíl práce	39
2.2 Výzkumné otázky	40
2.3 Metody tvorby dat	41
2.3.1 Komplexní ergoterapeutické vyšetření	42
2.3.2 Pozorování a rozhovor	43
2.4 Výzkumný soubor	45
2.5 Metody analýzy dat	47
2.6 Výsledky	48
2.6.1 Případová studie 1 (Klient A)	48
2.6.2 Případová studie 2 (klient B)	58
2.6.3 Případová studie 3 (Klient C)	68
2.6.4 Případová studie 4 (Klient D)	79
2.6.5 Případová studie 5 (Klient E)	89
2.6.6 Případová studie 6 (Klient F)	98
2.7 Shrnutí výsledků	108
2.7.1 Možnosti interprofesní spolupráce	110
2.7.2 Problematické oblasti interprofesní spolupráce	111
2.7.3 Možnosti ergoterapeutické intervence a role ergoterapeuta	112
2.8 Diskuse	113
2.8.1 Diskuse k teoretickým podkladům	113

2.8.2	Diskuse k praktické části	115
3	Závěr	121
4	Seznam použité literatury	122
5	Přílohy.....	134
5.1	Příloha č. 1 – Informovaný souhlas.....	134
5.2	Příloha č. 2 – Struktura rozhovoru	136
5.3	Příloha č. 3 – Vyšetření a terapie A	142
5.4	Příloha č. 4 – Vyšetření a terapie B.....	149
5.5	Příloha č. 5 – Vyšetření a terapie C.....	155
5.6	Příloha č. 6 – Vyšetření a terapie D	162
5.7	Příloha č. 7 – Vyšetření a terapie E.....	170
5.8	Příloha č. 8 – Vyšetření a terapie F	176

SEZNAM ZKRATEK

ADL – všední denní činnosti, activity of daily living (**iADL** – instrumentální, **pADL** – personální)

AOTA – American Occupational Therapy Association (Americká asociace ergoterapeutů)

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

ASUR – Austrian Stroke Unit Registry (Rakouský národní registr mozkových příhod)

BPN – bez patologického nálezu

CMOP – Canadian Model of Occupational Performance (Kanadský model výkonu zaměstnávání)

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervový systém

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

DIOP – dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

DIP – oddělení dlouhodobé intenzivní péče

DP – domácí péče (**HC** – home care)

DRG – Diagnosis related group (klasifikační systém)

ESO – European Stroke Organisation (Evropská organizace mozkových příhod)

FIM - Functional Independence Measures (Funkční míra nezávislosti)

ID – invalidní důchod

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

LHK – levá horní končetina

MHD – městská hromadná doprava

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (**ICF** - International Classification of Functioning, Disability and Health)

MoCA – Montreal Cognitive Assessment (Montrealský kognitivní test)

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MV – mechanický vozík

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NRZP – Národní rada osob se zdravotním postižením

OCHRIP – oddělení chronické resuscitační péče

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

PDK – pravá dolní končetina

PEO – Person-Environment-Occupation Model (Model Člověk-Prostředí-Zaměstnávání)

SEMAFOR HOME – Smart Evaluation Methodology of accessibility FOR home

SOAP – formát dokumentace (S – subjektivní hodnocení, O – objektivní hodnocení, A – terapie, P – plán)

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

ZTP – průkaz osoby se zdravotním postižením

ÚVOD

Neurologické poruchy postihují až 1 miliardu lidí na celém světě a představují tak 6,3% celosvětové zátěže onemocnění. Tyto stavy mají různé příznaky, dlouhý a variabilní časový průběh a mohou způsobit složité postižení, včetně fyzických, kognitivních, behaviorálních a komunikačních problémů. Navzdory lepší zdravotní péči a tím i vyšší míře přežití mají osoby po poškození mozku významné dlouhodobé funkční a psychosociální problémy, které mohou omezovat jejich každodenní činnosti a celkovou participaci (Khan et. al, 2017). Již od počátku hospitalizace v ideálním případě až po přesun do domácího prostředí je důležitá provázanost a koordinace rehabilitace. Za včasnost, návaznost, komplexnost, koordinovanost a součinnost v rehabilitačním procesu zodpovídá interprofesní tým (Švestková a kol., 2017).

Dle Maršálka a kol. (2011) lze rehabilitační proces u osob po poškození mozku rozdělit do čtyř fází – akutní, včasnou, regionální a komunitní. Přestože zahraniční literatura (Winstein et al., 2016; Nordin et al., 2015) upřednostňuje rehabilitaci v komunitě – domácím prostředí, za účelem snížení délky pobytu v nemocnici, u nás k tomu doposud nedochází. V České republice totiž chybí provázanost mezi zdravotními a sociálními službami.

V domácím prostředí osob po poškození mozku – v této diplomové práci hovoříme o klientech, v současné době působí primárně sociální služby. Rehabilitace ve smyslu individuální ergoterapie, nebo individuální fyzioterapie se provádí pouze zřídka. Ve většině případů jde o přímou úhradu klienta, eventuálně jsou rehabilitační služby vykonávány v rámci projektu.

Teoretická část shrnuje poznatky v oblasti systému rehabilitace v České republice a porovnává je se zahraničními modely. Přináší informace ohledně komunitní rehabilitace – v tomto případě domácího prostředí se zapojením interprofesního týmu.

Cílem praktické části je na základě případových studií popsat reálné možnosti a význam fungování interprofesního týmu v koordinované komunitní rehabilitaci a doporučit možnosti ergoterapeutické intervence se zapojením dalších členů interprofesního týmu.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Základní charakteristika poškození mozku

Poškození mozku lze rozdělit na získané poškození mozku, kde řadíme traumatická poranění (otevřená, uzavřená), cévní mozkové příhody, nádory, infekční choroby, hypoxie, metabolické poruchy a toxické vlivy. Další kategorií jsou vrozená poškození mozku, degenerativní onemocnění a poškození způsobená při porodu (Zasler et al., 2013).

Seidl (2015) ve své publikaci uvádí systematický přehled poškození mozku, který člení na:

- Traumata mozku – primární a sekundární poškození
- Nádory mozku
- Cévní onemocnění mozku – akutní cévní mozkové příhody (ischemické, hemoragické aj.), chronické ischemické změny CNS, subarachnoideální krvácení a intrakraniální cévní malformace
- Zánětlivá onemocnění nervového systému – vyvolané virem, bakterií, parazitem, prvokem, houbou, nebo plísní
- Epilepsie
- Poruchy spánku
- Demyelinizační onemocnění – roztroušená skleróza, akutní diseminovaná/hemoragická encefalomyelitida, Devicova nemoc a osmotický demyelinizační syndrom
- Poruchy extrapyramidového systému – Parkinsonova choroba, progresivní supranukleární paralýza, Wilsonova choroba dyskinetický syndrom, Huntingtonova choroba, hemibalismus, myoklonická epilepsie, dystonie, atetóza, tiky
- Degenerativní onemocnění nervového systému – demence, amyotrofická laterální skleróza, Aranova – Duchenneova choroba
- Neurokutánní syndromy
- Vrozené poruchy metabolismu
- Mitochondriální encefalomyelopatie
- Hydrocefalus
- Dětská mozková obrna

V závislosti na výzkumnou část diplomové práce, bude teoretická část primárně zaměřena na získaná poškození mozku a další vybrané diagnózy, které jsou v přímé spojitosti s kazuistikami uvedenými v praktické části práce.

1.1.1 Získaná poškození mozku

V této práci jsou ze získaných poškození mozku zastoupeny tyto diagnózy:

- Cévní mozková příhoda
- Nádorové onemocnění mozku

Poranění hlavy a mozku je třetí příčinou smrti u osob mladších 45 let a nejčastější příčinou úmrtí v dětském věku. Dopravní nehody (často související s požitím alkoholu) tvoří více než 50% úrazů CNS, které končí smrtí. Úrazy také vznikají v důsledku pádu, napadení, při práci, sportu a především u starších osob i v domácím prostředí (Seidl, 2015).

Cévní onemocnění mozku z epidemiologického hlediska zastává třetí místo příčiny úmrtí (po kardiovaskulárním onemocnění a nádorech). Dle dostupných informací na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky bylo za rok 2016 hospitalizováno 49 865 osob, které prodělaly cévní onemocnění mozku (dle MKN I60 – I69). V roce 2016 byl celkový počet úmrtí na cévní onemocnění mozku 8 795, v roce 2003 byl počet úmrtí podstatně vyšší – 11 418. Úmrtnost na cévní onemocnění mozku v zemích Evropské unie (27 zemí) byla v roce 2000 průměrně stanovena na 75,8 na 100 000 obyvatel, v roce 2005 to bylo 51,7 na 100 000 obyvatel (ÚZIS, © 2010-2018; Seidl, 2015).

Nádorové onemocnění je v dnešní populaci velice časté a postihuje všechny věkové skupiny obyvatelstva. Nádory na mozku se vyskytují v různých částech mozku a mohou být primární či sekundární, zhoubné a nezhoubné. Podle přesného typu nádoru je poté uzpůsobena léčba nádoru (Vorlíček, 2006). Obecné zásady pro léčbu maligních mozkových nádorů musí být vždy komplexní. Komplexní léčba zahrnuje radikální operaci, po níž následuje aktinoterapie a poté případně chemoterapie. Kombinace léčebných metod souvisí s WHO stupněm malignity (Adam a kol. 2010) V roce 2016 byla incidence nádorů mozku 4,97 na 100 000 obyvatel (ČOS ČLS JEP, 2018).

Počet přeživších se zvyšuje díky pokroku v urgentní neodkladné péči a v intenzivní lékařské péči. Pacienti s těžkým, dříve smrtelným poškozením mozku

v mnohých případech přežijí, avšak potýkají se s těžkými funkčními následky. Jde především o následky fyzické, následky v oblasti smyslového vnímání, problémy kognitivních funkcí, poruchy v oblasti chování a emocí a v neposlední řadě se sociálními problémy. Z etických a zdravotně – politických důvodů je požadováno, aby tito pacienti byli po ukončení akutní lékařské péče soběstační a mohli žít kvalitním životem (Lippertová – Grünerová, 2009).

1.1.2 Degenerativní poškození mozku

Degenerativní onemocnění představují v neurologii poměrně velký počet různorodých onemocnění. Jedná se o skupinu chorob původně definovanou jako onemocnění neznámé příčiny. Jde o onemocnění, u kterých dochází k poškození a zániku neuronů a nelze prokázat zánětlivý, toxický, nebo metabolický původ (Bednarčík, 2018; Seidl, 2015).

Bednarčík (2018) degenerativní onemocnění rozděluje na ty, která postihují převážně mozkovou kůru (Alzheimerova demence, Pickova nemoc), postihují převážně extrapyramidový systém (Huntingtonova nemoc, Parkinsonova choroba a syndrom) a degenerativní onemocnění mozečku.

V této práci došlo ke spolupráci s osobou, které byl diagnostikován parkinsonský syndrom.

Parkinsonský syndrom je charakterizovaný bradykinezou, rigiditou, tremorem a poruchami stability stoje a chůze. Příčiny parkinsonského syndromu jsou v 80% idiopatické, v 10% jde o sekundární parkinsonské syndromy (polékové, toxické, traumatické, postencefalitické, aterosklerotické, normotenzní hydrocefalus) a v dalších 10% jde o parkinsonské syndromy u jiných neurodegenerativních onemocnění (synukleinopatie, tauopatie, Wilisova nemoc aj.) (Ressner a Bártová, 2012).

Mnohotná systémová atrofie (MSA) je progresivní neurodegenerativní onemocnění. Je charakterizována autonomní dysfunkcí, parkinsonismem a mozečkovými poruchami. Častěji bývají postiženi muži. Incidence je uváděna 3 nové případy na 100 000 obyvatel za rok. Doposud neexistuje léčba tohoto onemocnění. Využívá se pouze farmakologická symptomatická léčba (Ressner a Bártová, 2012). Rehabilitace těchto osob je zaměřena na motorické schopnosti a působí i na příznaky, které jsou farmakoterapií hůře zvládnutelné, jako jsou např. freezing a posturální stabilita při stoji a chůzi (Ressner a Šigutová, 2001).

1.2 Systém rehabilitace osob po poškození mozku v ČR

V ČR se již více než dvacet let střídavě objevuje snaha o prosazení moderního konceptu rehabilitace. Koordinovaná rehabilitace, jakožto vzájemně provázaný proces léčebné, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace, není doposud legislativně podložen. Různá opatření v různých rezortech i nadále zůstávají, fragmentovaná, zdvojená a nekoordinovaná, některé potřeby klientů jsou uspokojovány na více místech, zatímco jiné nikde (Bruthansová a Jeřábková, 2012). Již v roce 1999 byla vytvořena resortní skupina pro přípravu zákona o ucelené rehabilitaci, doposud k tomu však nedošlo (Krhutová, 2017). Česká republika se řadí k zemím, kde je tato problematika řešena pouze okrajově. Jednotlivá ustanovení jsou zakotvena v četných mezinárodněprávních dokumentech, která vycházejí ze základních lidských práv – „právo na zdraví“. Právně upravena je pouze pracovní rehabilitace, a to v zákoně o zaměstnanosti (Bruthansová a Jeřábková, 2012). Od roku 2009 je Česká republika právně vázaná mezinárodní Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením. Na základě toho je povinna její jednotlivé články začlenit do své národní legislativy (Krhutová, 2017).

„Článek 26 Habilitace a rehabilitace doporučuje opatření, která umožní osobám se zdravotním postižením dosáhnout a udržet si co nejvyšší uplatnit své schopnosti a zapojit se do všech aspektů života společnosti. K tomuto účelu slouží komplexní rehabilitační služby a programy, především v oblasti zdravotní péče, zaměstnanosti, vzdělávání a sociálních služeb“ (Národní plán, 2015, s. 38). Cílem je minimalizace důsledků zdravotního postižení. Ucelenost rehabilitace zajišťuje návaznost jednotlivých složek rehabilitace (Národní plán, 2015).

1.2.1 Aktuální péče a včasnost rehabilitace

Česká republika se na základě Helsingborgské deklarace zavázala dosáhnout v organizaci, léčbě a prevenci cévních mozkových příhod srovnatelných výsledků jako státy Evropské unie (Podivínský a kol., 2003). V roce 2004 byl v České republice vytvořen Národní cerebrovaskulární program, který vznikl ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví ČR, České lékařské komory, České neurologické společnosti, spolupracujících internistických společností, České společnosti praktické medicíny, České neurochirurgické společnosti a zdravotních pojišťoven. Cílem bylo vytvoření fungujícího systému péče o pacienty s CMP v ČR, který bude odborně a zároveň ekonomicky efektivní, a to v oblastech primární prevence, akutní léčby, sekundární

prevence a rehabilitace. Základní zásady programu vzešly z Ústavy České republiky a Listiny základních práv a svobod, které garantují rovné právo na adekvátní zdravotní péči. Je tedy povinností a společným zájmem státní správy, zdravotníků a občanů zajistit kvalitní péči o pacienty s diagnózou cévní mozková příhoda (Maršálek a kol., 2011; Bar a Chmelová, 2011).

Důležitou součástí Národního cerebrovaskulárního programu je i centrální registr pacientů s cévní mozkovou příhodou. Registr má za cíl shromažďovat klinické zkušenosti o jednotlivých léčebných postupech, zjišťovat epidemiologické údaje a demografická data. Tento registr je svou strukturou plně shodný s evropským registrem CMP (Kalita, 2013).

European Stroke Organisation (ESO) v roce 2009 aktualizovala doporučení pro management ischemické cévní mozkové příhody. Jedná se o soubor doporučení pro členské státy. Obsahuje informace o transportu pacienta, organizaci urgentní péče, iktových jednotkách, diagnostice, primární a sekundární prevenci a informace o obecné a specifické léčbě. Dokument zdůrazňuje jako jeden z hlavních cílů světové World Stroke Organisation harmonizaci standardů iktové péče a vytvoření sítě iktových center (Ringleb et al., 2009).

Metaanalýza kontrolovaných studií (publikovaných do roku 2009), které hodnotily přínos specializovaných akutních iktových jednotek, prokázala, že takto organizovaná péče je schopna snížit mortalitu CMP v prvních čtyřech měsících o 26%, zkracuje dobu hospitalizace o 25%, zvyšuje počet pacientů schopných následné domácí péče o 16% a plně soběstačných o 17% oproti hospitalizaci pacientů na standardních lůžkách (MZČR, 2010).

Na základě těchto poznatků, celoevropského konsensu z roku 1995 a doporučení ESO, bylo od roku 2010 zřízeno 13 (v roce 2015 se k původním deseti přidala další tři zařízení) komplexních cerebrovaskulárních center a 32 iktových center určených pacientům po CMP (MZČR, 2/2010; MZČR, 2/2015).

Pro pacienty po traumatickém poranění mozku je v ČR poskytována péče v deseti traumacentrech, dále pak na neurochirurgických odděleních, určených taktéž pro pacienty s netraumatickým poškozením mozku (nádory apod.). Pro pacienty s těžkými poruchami vědomí jsou určena oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP), případně jsou využívány služby dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP), nebo

dlouhodobé intenzivní péče (DIP) (Maršálek a kol., 2011; MZČR, 2/2010; MZČR, 10/2012; MZČR, 11/2015).

Organizaci péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním upravuje Věstník č. 2/2010 Ministerstva zdravotnictví České republiky. Věstník definuje materiální technické a personální podmínky komplexních cerebrovaskulárních center a iktových center tvořících síť zařízení, která jsou schopna poskytovat akutní i následnou péči pacientům s cévními mozkovými příhodami.

Léčba CMP je urgentní záležitostí, a proto hlavním cílem přednemocniční péče je rozpoznání příznaků a zamezení tak prodlení v poskytnutí odborné péče. Na základě toho, dochází ke třídění potencionálních pacientů. Triáž pozitivní pacient je takový, u kterého došlo alespoň k jednomu hlavnímu klinickému příznaku – náhle vzniklá hemiparéza, centrální léze VII. hlavového nervu, porucha řeči, nebo minimálně dvou vedlejších klinických příznaků – náhle vzniklá porucha vědomí, porucha čítí, dysartrie, výpadky poloviny zorného pole, dvojité vidění, atypická bolest hlavy, ztuhlost šíje, závratě s nauzeou, nebo zvracením, a to během posledních 24 hodin. Podle zákona č.374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, je triáž pozitivního pacienta nutné považovat za pacienta v přímém ohrožení života. Včasná léčba v komplexním cerebrovaskulárním centru, nebo iktovém centru je pro takového pacienta velice prospěšná. Komise pro specializovanou péči v oboru neurologie navrhla a odsouhlasila spádové oblasti těchto specializovaných center. Za směřování konkrétního pacienta zodpovídá vedoucí výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby, který se rozhoduje v závislosti na čase vzniklých příznaků a na základě telefonické konzultace s lékařem centra (MZČR, 2/2010; MZČR, 10/2012).

Život zachraňující úkony akutní nemocniční péče (ve specializovaných centrech) jsou ve většině případů v dnešní době úspěšné. Již na akutních lůžkách cerebrovaskulárních center a iktových jednotek je pacientovi s funkčním deficitem indikována potřebná rehabilitace. Jedná se však pouze o pacienty po CMP. Pacientům po těžkých traumatech mozku, nebo nádorech na mozku je tato včasná multidisciplinární rehabilitace odepřena, přestože tito pacienti potřebují téměř identickou rehabilitaci, jako pacienti po CMP (Maršálek a kol., 2011).

1.2.2 Kontinuita rehabilitace

Jakmile je pacient stabilizován, je překládán na lůžka včasné léčebné rehabilitace v rámci specializovaných center. Pacient může být dále přeložen do zdravotnického zařízení poskytovatele následné lůžkové péče. Pokud je pacient schopný pohybu, dochází na rehabilitační pracoviště ambulantně. V případě nesoběstačnosti, a pokud další zlepšování funkčního stavu je nepravděpodobné, překládá se pacient na lůžka dlouhodobé péče (případně ošetrovatelská sociální lůžka), nebo mu je poskytována domácí péče (Maršálek a kol., 2011; MZČR, 10/2012).

Ve skutečnosti je v současné době většina pacientů s těžkým funkčním deficitem a nesoběstačností v důsledku CMP překládána přímo na lůžka všeobecné následné péče nebo geriatric. Menší část pacientů, navíc často s časovou prodlevou, je přijata na lůžka následné rehabilitace, z nichž pouze část je specializována a adekvátně vybavena (Hlinovský a kol., 2016).

Přetrvávajícím problémem je chaotická kontinuita péče, která vede k tzv. „pacientskému turismu“, který je neefektivní jak z hlediska výstupů léčby, tak i ekonomicky. Přestože existuje cerebrovaskulární program, z velké části zohledňuje pouze akutní fázi onemocnění, bez dostatečného přesahu péče poskytované v komunitě, případně domácím prostředí. Koncepce třetího stupně, který je určen zejména pro dispenzarizaci, komplexní rehabilitaci a doléčování pacientů chybí, a proto nedochází k adekvátní sociálně – zdravotní a následné péči, kde je cíleno na navrácení pacienta do běžného života (Maršálek a kol., 2011). V ČR chybí služby, které by pacientovi umožnily život doma. V tomto případě potřebuje spíše zdravotně-sociální podporu (Musil in Koubová; 2015) Maršálek a kol. (2011) uvádí, že pacientovi není zajištěn optimální postup systémem péče. Nedochází ke spolupráci mezi resorty ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí, ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a dalšími odbornými společnostmi. Na regionální úrovni je přetrvávající nedostupnost specializovaný komplexních rehabilitačních center, služeb na podporu sociálních kontaktů, bydlení, zaměstnání a služeb dlouhodobé péče. Chybí zde kvalifikovaný odborník a jeho finanční ohodnocení pro tento úkol. Problematice se ve svých studijních programech věnuje Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích (Švestková a kol., 2010; Maršálek a kol., 2011).

Průša a kol. (2009) dlouhodobou péči definuje, jako propojuje řadu služeb pro osoby, které dlouhodobě potřebují pomoc se základními každodenními aktivitami –

pADL a iADL. Prvky dlouhodobé péče zahrnují rehabilitaci, základní zdravotnické služby, domácí ošetřování a sociální péči. Obecným trendem je upouštění od institucionální péče a je podporován návrat do domácího prostředí a využívání komunitních služeb. Pro dosažení tohoto cíle je požadována spolupráce mezi národní, regionální a místní samosprávou a konstruktivní spolupráce se soukromým a dobrovolným sektorem.

Poskytování sociálních služeb v mnoha případech zastávají neziskové organizace. Pacientská sdružení nabízejí svépomocné aktivity, podporu a poskytování sociálních služeb. Tyto organizace fungují z velké části na dobrovolné práci a nemají tak kapacitu zajistit široké spektrum služeb, natož tak v dostatečné dostupnosti (Maršálek a kol., 2011).

1.2.3 Financování

Úhrada zdravotní péče poskytovaná v České republice podléhá legislativnímu rámci, který je vymezen zákony a navazujícími právními předpisy:

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů
- Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (poslední platné znění – vyhláška č. 421/2013 Sb.)
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Na základě tohoto právního rámce se rozlišuje několik typů zdravotní péče a rozdílné mechanismy úhrady. Ambulantní péče může být hrazena výkonově, paušálním způsobem, kapítací, nebo kombinací zmíněných způsobů. Lůžková péče je hrazena výkonově, paušálem nebo pomocí DRG – úhradou za případový paušál (DRG restart, 2018).

Úhradový systém pojišťoven je nastaven dle segmentů a poskytovatelů péče. Platby se vztahují na „lůžko“, nikoliv na tíži funkčního postižení konkrétního pacienta. Financování založené na DRG systému je vhodné pouze pro akutní péči. Motivace, které

DRG systém nastavuje, nejsou pro rehabilitační péči vhodné a především nejsou efektivní a přínosné pro pacienta. Velkým nedostatkem je absence hodnocení zdravotního stavu pacienta a jeho rehabilitačního potenciálu, díky kterého by bylo definováno, do kdy je rehabilitace efektivní, a tudíž by měla být proplácena (Maršálek a kol., 2011).

Léčba pacientů po poranění mozku je technicky, personálně a především i finančně velmi náročná. VZP (2017) uvádí, že náklady spojené s péčí o pacienty s diagnózou cévní nemoci mozku, činí za rok 2017 přes tři miliardy korun.

V publikaci Roubala a kol. (2012) jsou na případových studiích představeny reálné náklady, které se týkají osob po poškození mozku. Krom přímých nákladů, jako jsou náklady na hospitalizaci (včetně rehabilitace, ošetrovatelské péče, ambulantní specializované péče), léčiva a sociální dávky, je nutné započítat i nepřímé náklady, které představují společenské náklady z důvodu snížené pracovní schopnosti. Nedílnou součástí jsou i soukromé náklady využívané na regulační poplatky, náklady související s dopravou apod.

Výše nákladů v prvních 2 měsících dosahuje 80-90% celkových nákladů – v prvních dnech péče jde o částku 25 – 40 tisíc Kč za den. Celkově se náklady v prvním roce pohybují v rozmezí od 750 – 960 tisíc Kč (Roubal a kol., 2012).

V souvislosti se ztrátou soběstačnosti a ztrátou pracovní schopnosti, lze po dobu 10 – 12 měsíců čerpat dávky z nemocenského pojištění. Po této době mohou být osoby po poškození mozku shledány osobami s nepříznivým zdravotním stavem a mohou čerpat z dávek sociálního zabezpečení – pobírat invalidní důchod (ČSSZ, 2017).

Tato dávka je rozčleněna do tří stupňů:

- Invalidní důchod pro invaliditu I. stupně – dojde k poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35%, nejvíce o 49%
- Invalidní důchod pro invaliditu II. stupně – dojde k poklesu pracovní schopnosti nejméně o 50%, nejvíce o 69%
- Invalidní důchod pro invaliditu III. stupně – dojde k poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70%

Částka invalidního důchodu se skládá ze dvou složek, a to základní a procentní výměry. Základní výměra je stanovena ve výši 9% z průměrné mzdy v ČR. Pro rok 2018 je tato částka stanovena na 2 700 Kč měsíčně. Procentní výměra je odlišná na základě přiznaného stupně invalidního důchodu. Celková výše tedy závisí na počtu odpracovaných let a výši dosahovaných výdělků. Ustanovení o nejnižší procentní výměře

invalidního důchodu pro rok 2018 je hodnota 770 Kč. Nejnižší možná částka invalidního důchodu činí 3 470 Kč. (Roubal a kol., 2012; Liga vozíčkářů, 2015; ČSSZ, 2017)

Pokud je osoba po poškození mozku závislá na pomoci jiné fyzické osoby, lze žádat o příspěvek na péči. Při posuzování stupně závislosti se vychází ze zdravotního stavu a hodnotí se zvládání základních životních potřeb, jako je – mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, vykonávání fyziologických potřeb, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Jsou rozlišeny čtyři stupně závislosti (u osob starších 18 let).

- Stupeň I (lehká závislost), kdy osoba (v závislosti na dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav) nezvládá vykonat 3 – 4 základní potřeby.
- Stupeň II (středně těžká závislost), kdy osoba (v závislosti na dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav) nezvládá vykonat 5 – 6 základních potřeb.
- Stupeň III (těžká závislost), kdy osoba (v závislosti na dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav) nezvládá vykonat 7 – 8 základních potřeb.
- Stupeň IV (úplná závislost), kdy osoba (v závislosti na dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav) nezvládá vykonat 9 – 10 základních potřeb.

Výše příspěvků (pro osoby starší 18 let) za kalendářní měsíc (od srpna 2016) činí:

- 880 Kč pro osoby s lehkou závislostí
- 4 400 Kč pro osoby se středně těžkou závislostí
- 8 800 Kč pro osoby s těžkou závislostí
- 13 200 Kč pro osoby s úplnou závislostí

(Integrovaný portál MPSV, 2016; Krása in NRZP, 2018)

V listopadu 2018 Poslanecká sněmovna projednávala ve druhém čtení senátní návrh novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Senát navrhl zvýšení příspěvku na péči ve IV. stupni na 19 200 Kč. Výbor pro sociální politiku Poslanecké sněmovny doporučil návrh zvýšit III. stupeň závislosti o 4000 Kč, to je na 12 800 Kč. O návrhu zákona se bude s největší pravděpodobností hlasovat 4. prosince 2018 (Krása in NRZP, 2018).

Žádost o příspěvek na péči se podává na krajské pobočce úřadu práce dle místa bydliště. Na základě této žádosti provede sociální pracovnice sociální šetření.

Další z dávek, kterou lze čerpat je příspěvek na mobilitu, který v roce 2018 měsíčně činí 550 Kč a příspěvek na zvláštní pomůcku, který v 60 kalendářních měsících může být až

800 000 Kč (případně 850 000 Kč, pokud byl příspěvek poskytnut na schodišťovou plošinu) (Integrovaný portál MPSV, 2016; Liga vozíčkářů, 2015).

1.3 Systém rehabilitace osob po poškození mozku v zahraničí

Ve Francii, Německu, Rakousku, Holandsku, Švédsku, Velké Británii, USA a Kanadě jsou vytvořeny samostatné zákony o rehabilitaci (Krhutová, 2017). Rozborem systému koordinované rehabilitace v některých z těchto uvedených zemí se zabývá publikace Bruthansové a Jeřábkové (2012), kde poznatky vztahující se k této problematice mají sloužit jako podklady pro přípravu norem o ucelené rehabilitaci v ČR.

Dle Brunthansové a Jeřábkové (2012) patří Francie k zemím s poměrně dobře propracovaným systémem rehabilitace, který funguje nejen na úrovni zdravotní, ale i sociální a pracovní. Rehabilitace je pacientovi poskytována od první fáze onemocnění – rehabilitace patří do struktury tzv. akutní péče. Pacientovi i jeho okolí je poskytována dlouhodobá asistence.

V Nizozemsku je široce rozvinuta sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením. Léčba osob po CMP zde podléhá národním doporučeným postupům (2008). Článek Groeneveldové et al. (2016) poukazuje na rozpor těchto doporučení a praxe. Autoři článku zkoumají strukturu a postup péče ve čtyřech specializovaných rehabilitačních centrech. Pacientům je v těchto centrech poskytován multidisciplinární rehabilitační přístup.

Rakousko je zemí, kde je ucelená rehabilitace tradičně rozvinuta. Funguje zde model, kdy je disabilita definována v interakci mezi člověkem a jeho prostředím (Bruthansová a Jeřábková, 2012). Kvalita péče o pacienty po CMP podléhá Rakouskému národnímu registru mozkových příhod (ASUR). Tento registr je součástí vládního programu hodnocení kvality péče o pacienty po CMP v Rakousku, financovaného Spolkovým ministerstvem zdravotnictví. Je založen na federálním zákonu o podpoře kvality ve zdraví (Sommer et. al, 2017).

V posledních dvaceti letech je v Německu cíleno na zlepšení péče o pacienty po CMP, a to na regionální i celostátní úrovni (Hempler et al., 2018). Již řadu let zde funguje komplexní systém péče pro pacienty po CMP. Jde o tzv. fázový model. Hlavní přínos takto organizované péče spočívá ve včasnosti, kontinuitě a kvalitě rehabilitačního procesu. Důležitou vlastností tohoto systému jsou pevně stanovená kritéria přijetí i doby intervence a také intenzita terapie. S každým z těchto ukazatelů souvisí výše denních nákladů. Zařazení pacientů je pevně stanoveno. Rozhodující je Barthel index. Na základě průběžného hodnocení a přezkoumání pacientova potenciálu je upravována délka

působení v jednotlivých fázích. Zavedení tohoto modelu, vedlo v Německu k rozvoji včasné intenzivní neurorehabilitace (Lippertová – Grünerová, 2012). Hemplerová a kol. (2018) ve své publikaci rehabilitaci systematicky dělí na lékařskou rehabilitaci, ošetrovatelskou rehabilitaci a sociální rehabilitaci. Cílem každé z těchto složek je pomoc pacientům při obnově fyzických a psychických funkcí, reintegrovat pacienty zpět do zaměstnání a reintegrovat pacienty zpět do jejich komunity. Dávky rehabilitace mají v Německu zásadní přednost před dávkami sociálními (Bruthansová a Jeřábková, 2012).

Poskytování zdravotní péče ve Švédsku je organizováno do 21 regionů, přičemž každý region má pravomoc rozhodovat o tom, jak řídit, sledovat a hradit náklady na zdravotní péči. Studie Lakenderové et al. (2017) porovnává úroveň nemocnic v jednotlivých regionech. Výsledky studie prokazují významné rozdíly mezi dobou hospitalizace, úmrtími a výškou nákladů. Autoři Huzard, Hellström a Lifvergen (2017) zdůrazňují potřebu integrace, která je nezbytná pro systémové fungování. Sociální založení švédského systému (přestože za sociální služby odpovídají jednotlivé orgány regionů) umožňuje osobám se zdravotním postižením žít samostatně a v domácím prostředí (Bruthansová a Jeřábková, 2012).

Ve velké Británii je zaveden tzv. „slinky“ (lze přeložit jako plíživý) model rehabilitace. První dvě fáze akutní a post – akutní probíhají po dobu hospitalizace. Rehabilitační proces je zahájen již na jednotkách intenzivní péče. V této fázi je intervence zaměřena na snížení poruch a prevenci sekundárních komplikací. Rehabilitace v post – akutní fázi je zaměřena na získání mobility a soběstačnosti v ADL pro umožnění návratu do domácího prostředí. Další fáze probíhají v domácím prostředí/komunitě – fáze komunitní rehabilitace a fáze dlouhodobé podpory. Služby v rámci těchto fází jsou poskytovány v denních centrech, ambulancích, v domácím prostředí a případně ve specializovaných centrech. V komunitní rehabilitaci je kladen důraz na rozšířené aktivity každodenního života, sociální integraci a návrat do pracovního (studijního) procesu. Intervence jsou zaměřeny na zvýšení participace, zlepšení kvality života a zajištění psychické pohody. V každé etapě se podílí řada poskytovatelů služeb, které jsou určitým způsobem koordinovány (Turner – Strokes et al., 2003).

Stejně jako v německém fázovém modelu, i zde je umožněn opětovný návrat do jednotlivých fází procesu rehabilitační péče. Nechybí zde provázanost zdravotnických a sociálních služeb.

Proces péče a rehabilitace u pacientů po poškození mozku ve Velké Británii probíhá na základě doporučení (National clinical guidelines), které bylo vydáno v roce 2003. Toto doporučení představuje východiska v oblastech – zásad a organizace služeb (včetně sítě rehabilitačních služeb), přístupů v rehabilitaci, působnosti pečovatелů a rodiny, včasnosti rehabilitace, péče po dobu hospitalizace, návaznosti rehabilitačního procesu (přechodu z nemocnice zpět do komunity), rehabilitačních intervencí a následné péče a podpory (Turner – Strokes et al., 2003).

1.4 Komunitní rehabilitace

Světová zdravotnická organizace definovala rehabilitaci jako obnovu nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci, nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka (WHO. 2001).

Neurologická a neuromuskulární onemocnění jsou častou příčinou přetrvávajícího a progresivního postižení. Proto je proces neurologické rehabilitace důležitý pro veškerou zdravotní péči. Tento dlouhodobý proces lze rozčlenit do čtyř fází – akutní rehabilitaci, včasnou rehabilitaci, rehabilitaci na regionální úrovni a komunitní rehabilitaci (Angerová a kol., 2010; Wade in Dietz and Ward, 2015).

Jak bylo popsáno výše, systém zavedený v ČR má na základě Věstníku MZČR od roku 2010 kvalitně zvládnutou akutní péči a včasnou rehabilitaci pacientů po CMP. Nedostatky jsou však patrné od 3. stupně, tedy následné rehabilitace. Vzniká toho v důsledku chaotické kontinuity péče, která je zapříčiněna chybějícími postupy, nedostatkem regionálně dostupných služeb – rehabilitační stacionáře, specializované rehabilitační ambulance a celkově zaměřením léčby a rehabilitace pouze na dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení, bez přesahu péče o tyto osoby v komunitě a v domácím prostředí (MZČR, 2/2010; Maršálek a kol., 2012).

Pojem komunita není snadné definovat. Ve vztahu k rehabilitaci je nutné uvažovat v souvislostech s lokalitou. Nabízí se zde vycházet z pojetí Mettesicha, Monseyové a Roye (In Štogr, 2001), kteří definují komunitu jako uskupení lidí, žijících v geograficky definované oblasti, mezi kterými existují vzájemné sociální vazby, a kteří jsou citově vázáni k sobě navzájem a k místu, kde žijí. Jde o neinstitucionální uskupení osob, které spojují společné cíle a záměry. Komunita je sociální jednotka, kde probíhá běžný společenský život. Je životně důležitou součástí rozvoje a zakládání rodin, umožňuje reagovat na výzvy, ale i stresové situace moderního života (Scaffa and Reitz, 2014).

Světová zdravotnická organizace definuje komunitní rehabilitaci, jako nástroj pro zlepšení kvality života osob s disabilitou, jejich rodin a blízkých. Koncept komunitní rehabilitace byl rozvíjen od roku 1978, primárně jako strategie pro usnadnění dostupnosti rehabilitačních služeb pro disabilní osoby s nízkými příjmy. Nyní je uskutečňována na základě spolupráce státního i nestátního zdravotnického systému, odborných, vzdělávacích a sociálních služeb, a to za účasti osob s disabilitou, jejich rodinných příslušníků a ostatních osob působících v komunitě. Účelem je řešení širokého spektra potřeb osob s disabilitou, zajištění maximální možné participace a začlenění do

společnosti. Tato služba je poskytována ambulantní formou, co nejbližší místa bydliště (WHO, 2010).

1.4.1 Koncepty pro vytvoření systému komunitní rehabilitace

Na konci 80. let, byly v rámci vídeňského dialogu definovány čtyři postupy, které podporují koncept komunitní rehabilitace – de-sektoralizace (prolomení bariér mezi rezorty, profesemi, odbornostmi i kompetencemi, za účelem ucelenosti, flexibility a účelnosti služeb), de-institucionalizace (proces, ve kterém dochází k transformaci ústavní péče v péči komunitní a klade si za cíl zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků), de-profesionalizace (humanistické zlaičtění péče a začlenění rodiny a blízkých do týmu) a de-medicinalizace (zcivilnění ústavních režimů a ústavního prostředí) (Adamec a kol., 2013; Kalvach a kol., 2014).

V ČR se o průkopnické myšlenky a reformu sociálních služeb zasloužil ředitel ústavu sociální péče pro osoby s mentálním postižením Milan Chába, který usiloval o minimalizaci ústavní péče. Komunitní služby výstižně definoval jako nehierarchicky uspořádanou regionální síť různorodých služeb pro lidi ohrožené institucionalizací, dlouhodobým či trvalým umístěním v ústavní péči se všemi úskalími podvázání autonomie, seberealizace, sociální inkluze, s hrozbou maladaptace, mnohdy na hranici omezení přirozených lidských práv (Kalvach a kol., 2014).

Maršálek a kol. (2011) ve své publikaci uvádí návrh komunitního modelu pro osoby po poškození mozku, který by měl nabízet široké spektrum služeb, programů a zařízení. Tyto služby by měly navazovat na péči a rehabilitaci poskytovanou ve zdravotnických zařízeních a v rehabilitačních stacionářích. Cílem je udržení, nebo zlepšení participace a sociálních dovedností.

Dle tohoto modelu by měly zdravotnické služby poskytovat rehabilitaci v denních stacionářích (dostupných v rámci regionu), dostupné by měly být ambulance specialistů (rehabilitační lékař, neurolog, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, psychiatr, speciální pedagog), umocněna by měla být role praktiků, kteří by měli důkladně rozumět následkům poranění mozku, a jejich znalosti by měly přesahovat do oblasti zdravotně-sociálních služeb v komunitě. V rámci komunity by měly fungovat služby na podporu sociálního fungování (programy sociální rehabilitace a sociálně aktivizační programy), služby pro podporu práce a zaměstnání a především služby pro podporu bydlení, jako je

chráněné bydlení (forma individuálního nebo skupinového bydlení, kde se uživatelé poskytuje dle potřeby podpora osobního asistenta), podporované bydlení (služba poskytována v přirozeném prostředí uživatele) a tréninkové bydlení. Využít lze i sociální služby, jako je pečovatelská služba, domácí zdravotní péče a osobní asistence (Maršálek a kol., 2012, Kalvach a kol., 2014).

Pečovatelská služba podléhá zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a představuje pomoc ve zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti apod. Jednotlivé úkony pečovatelské služby taxativně vymezuje vyhláška č. 505/2006 Sb.

Laiky mnohdy zaměňovaná domácí péče (DP, Home Care/HC) je nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě indikace lékařem. Nárok na domácí péči má každý občan ČR, jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a sociálního prostředí rozhodne o její potřebnosti. V rozsahu tří hodin denně je hrazena v rámci úhrad zdravotních pojišťoven (Kalvach a kol., 2014).

Další z možností komunitních služeb je osobní asistence. Ta je součástí ucelené podpory lidí se závažným zdravotním postižením k sociální inkluzi. Poskytuje se bez časového omezení, jde však o plně hrazenou službu. Osobní asistent pomáhá osobě s postižením naplňovat biologické, ale i kulturní potřeby (Kalvach a kol., 2014).

V rámci dlouhodobé péče je primárně cíleno na neformální poskytovatele, tedy rodinu a nejbližší blízké klienta. Dalo by se předpokládat, že tito lidé budou poskytovat péči na základě nepsaného pravidla – morální povinnosti, ale pravděpodobně i z nedostatku komunitních služeb a v závislosti na výši nákladů (DeJong, Batavia and Williams, 1990 in Millington and Marini, 2015). Přehledový článek Doiga et al. (2010) porovnává přínos péče a rehabilitace poskytované ve specializovaných zařízeních a v domácím prostředí. Bylo zjištěno, že náklady na péči a rehabilitaci poskytovanou v domácím prostředí jsou podstatně nižší – odpovídají asi polovině denních nákladů čerpaných ve specializovaných zařízeních (Björkhalld et al., 2006 in Doig et al., 2010).

Rodiny osob po poškození mozku se dostávají do těžkých životních situací, kdy se musí v mnohých případech vypořádat s dlouhodobým (často celoživotním) nepříznivým zdravotním stavem svých blízkých, kteří potřebují fyzickou i psychickou podporu. V publikaci Millingtona a Mariniho (2015) je uvedeno, že 22% osob po

poškození mozku vyžaduje pomoc svých blízkých s jednou, nebo i více denními aktivitami (Griffin et al., 2012 in Millington and Marini, 2015). Zapojení rodinných příslušníků do procesu péče o osoby poškození mozku má svá úskalí, ale i značné výhody. Mezi negativní faktory patří především zátěž (fyzická i psychická), která vede k depresi a celkovému zhoršení zdravotního stavu. Naopak jako pozitivní pečující shledávají možnost sblížení, zlepšení komunikace a hlubšího uznání rodiny, v neposlední řadě pak přehodnocení veškerých priorit v životě (Degeneffe and Olney, 2008 in Millington and Marini, 2015).

Možnosti podpory rodiny a pečujících jsou uvedeny v doporučení vydaném Britskou Společností Rehabilitační Medicíny. Na základě tohoto dokumentu, by rodinám měly být poskytnuty potřebné informace ohledně poškození mozku a veškerých důsledků, informace o místních i národních službách a podpůrných skupinách. Měly by jim být poskytnuty informace týkající se čerpání dávek a příspěvků. V souvislosti s touto problematikou by pečující měli mít možnost využívat dlouhodobých poradenských služeb (Turner – Strokes et al., 2003).

1.4.2 Význam domácího prostředí v komunitní rehabilitaci

Výzkumná část této diplomové práce prezentuje výsledky intervencí v domácím prostředí klienta po poškození mozku. Domácí prostředí je klíčovým faktorem zdraví, kvality života a životní pohody. Základní pole působnosti ergoterapeuta se vztahuje k interakci mezi osobou, činností a právě zmiňovaným prostředím (Chiatti and Iwarson, 2014).

Existuje několik teoretických a praktických modelů, které zkoumají prostředí ve vztahu k vykonávání ADL. Základní modely ergoterapeutické praxe související s prostředím jsou PEO (Člověk – Prostředí – Zaměstnávání), MOHO (Model lidského zaměstnávání) a CMOP/CMOP - E (Kanadský model výkonu zaměstnávání) (Krištofiková 2011, Bottari et al., 2006).

Využití prostředí jako léčebnou modalitu popisuje ergoterapeutický model PEO – „person“, „environment“, „occupational“, v překladu osoba – prostředí – zaměstnávání. Pojem „prostředí“ představuje široké spektrum vnímání – kulturní, socio-ekonomické, institucionální, fyzické i sociální. Může představovat domácnost, sousedství nebo společenství. Prostředí není statické a umožňuje, nebo naopak zamezuje procesu

zaměstnávání. Prostředí je považováno oproti osobě za více přízpůsobivé (Law et al., 1996).

MOHO – Model lidského zaměstnávání vytvořil americký ergoterapeut a psycholog Gary Kielhofner. Zdůrazňuje prostředí a jeho vliv na člověka. Dle Kielhofnera prostředí umožňuje a poskytuje příležitosti pro vykonávání různých činností, ale také vyvíjí tlak, nebo požaduje určité chování. Nefunkční výkon může vzniknout jak z příliš malého tlaku – navozuje apatii, nezájem, pokles funkcí, tak naopak z příliš velkého tlaku – způsobuje stres, úzkost, nejistotu, frustraci a celkovou neschopnost vypořádat se s danou situací (Krivošíková, 2011).

Kanadský model výkonu zaměstnávání (CMOP) vychází z přístupu zaměřeného na člověka. Je v něm kladen důraz na potřeby a přání klienta a jeho aktivní přístup. V rámci tohoto modelu prostředí ovlivňuje provádění zaměstnávání, nebo činnosti. Rozlišuje se prostředí fyzické, sociální a institucionální (Krivošíková, 2011).

Faktor prostředí je jednou z hlavních domén Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – dále jen MKF. Filosofický základ MKF spočívá v tom, že neklasifikuje člověka, ale popisuje a klasifikuje situace člověka v řadě okolností, ve kterých se nachází a které pro něj mohou být disabilitující. V tomto případě tak disabilita nemusí být trvalá, ale nastává pouze v určitých situacích (MKF, 2008).

Prostředí má vliv na veškeré funkční schopnosti člověka. Faktory prostředí jsou fyzické, sociální, postojové a na člověka mohou mít jak pozitivní, tak negativní vliv při provádění činnosti jako člena společnosti. Prostředí, které je bariérové, nebo je bez facilitačních prvků, tak může výkon člověka omezit. Naopak prostředí, které je pro daného člověka facilitační, může jeho výkon zvýšit. Domácí prostředí, které je facilitující, má pozitivní vliv nejen na fyzickou a psychickou pohodu jedince, ale také na zapojení se do pracovního, společenského a občanského života (Gibson et al, 2012; MKF, 2008).

Pokud v rámci této práce hovoříme o domácím prostředí, nejedná se pouze o fyzické obydlí, ale jde o vztahy mezi lidmi, kteří se v tomto prostředí vyskytují. Jde o místo prostoupené významy a nastolenými pravidly (Cummins et al, 2007). Domácí prostředí může být pro jedince pozitivní, podněcující a přispívá tak k jeho participaci, na druhou stranu domov může být i místem izolace, nebo strachu, a to především pro člověka s disabilitou. U osob se středně těžkým až těžkým postižením se může i známé domácí prostředí stát nevhodným a příliš náročným vzhledem k měnícím se potřebám (Chiatti and Iwarson, 2014; Mallet, 2004).

Kanadská studie Gibsonové et al. (2011) analyzovala sedm podmínek nezbytných pro důstojný domov. Je to schopnost vytvářet a udržovat smysluplné vztahy, mít přístup ke komunitnímu a občanskému životu, mít možnost kontroly a flexibility každodenních činností, mít příležitost pro sebevyjádření a identifikaci, respektovat a být respektován účastníky v domácnosti, mít možnost účastnit se školy, práce a volnočasových aktivit a obecně mít jistotu bytí (fyzického i psychického).

Každá z těchto podmínek je relevantní a vždy je nutné vztahovat je k určitému jedinci. Daná osoba nemusí mít zájem podílet se na určité oblasti, ale i přesto je nezbytné poskytnout osobám s disabilitou, aby tyto možnosti využili (Gibson et al., 2011).

Ve studii Vincenta et al. (2007) se uvádí, že vlastnosti prostředí ovlivňují člověka po CMP v možné participaci ve společnosti. Jejich práce přináší poznatky, že u pacientů po propuštění do domácího prostředí nedochází k naplnění jejich potřeb v oblastech informovanosti – především ohledně využitelnosti zdrojů v komunitě, rehabilitačních služeb a cvičebních programů a nebyla jim poskytnuta dostatečná podpora v oblasti adaptace. Krom odborných terapií (fyzioterapie, ergoterapie, logopedie) je pro tyto lidi velice významná a potřebná především sociální podpora. Matoušek (2013) upozorňuje na to, že osoby, se zdravotním znevýhodněním nechtějí být pouze litovány a obsluhovány. Chtějí žít normální osobní i rodinný život ve svém bytě či domě, ve společnosti svých blízkých, mít zaměstnání a sami rozhodovat o tom, jak budou trávit svůj čas.

1.4.3 Role ergoterapeuta v komunitní rehabilitaci

Ergoterapie je zdravotnická profese orientovaná na klienta. Cílem je umožnit lidem účastnit se každodenních smysluplných aktivit, které dělají individuálně, v rámci rodiny, nebo komunity a jsou vykonávány za určitým účelem. Jsou to věci, které lidé potřebují, chtějí a očekávají (WFOT, 2012). Ergoterapeut podporuje maximální možnou participaci jedince jakéhokoliv věku, kdy respektuje jeho osobnost a možnosti. Dochází k tomu s využitím specifických metod, technik, nácviku konkrétních dovedností, poradenství, nebo přizpůsobením prostředí (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

Působnost ergoterapeuta v komunitě není novým konceptem, ale souvisí se samotným rozvojem tohoto oboru. George Barton a Eleanor Clarke Slagle rozvinuly komunitní program již počátkem 20. století. Prostřednictvím ergoterapie bylo cíleno na umožnění návratu k produktivnímu životu (Scaffa and Reitz, 2014).

Ergoterapeut provádí ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu činnosti, hodnocení senzomotorických funkcí, orientační vyšetření kognitivních funkcí, provádí hodnocení a nácvik běžných denních činností (přičemž může využít standardizovaných nástrojů), provádí hodnocení v oblasti pracovních (podílí se na ergodiagnostickém vyšetření a předpracovní rehabilitaci) a zájmových aktivit. Na základě zjištění výše uvedeného sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán terapie. V samotné terapii (individuální či skupinové) aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky, v případě potřeby doporučuje kompenzační a technické pomůcky, poskytuje poradenství a spolupracuje s dalšími odborníky (Česká asociace ergoterapeutů, 2008). Pole působnosti je široké a jeho uplatnění je ve zdravotnických, sociálních i školských službách. Vzhledem k tomu, že je ergoterapie zaměřena na soběstačnost, v mnohých případech je potřebné provést intervenci v domácím prostředí. Během domácí návštěvy je vhodné zhodnotit interiér bytu, ale i exteriér a blízké okolí. Autenticita domácího prostředí je vhodná pro zhodnocení vykonávání běžných denních a volnočasových aktivit. Prostřednictvím domácí návštěvy lze odhalit informace, které by v jiném prostředí (instituci) nebyly detekovány. V ideálním případě je zde vhodná spolupráce se sociálním pracovníkem, kdy ergoterapeut může navrhnout určité úpravy, které by byly pro klienta facilitující a sociální pracovník informuje, případně podniká kroky k získání možných sociálních podpor a služeb (Švestková, 2015, Svěcená, 2014).

Westová (1967) popsala čtyři základní role ergoterapeuta v komunitní rehabilitaci – hodnotitel, konzultant, supervizor a výzkumník. Další role, které ergoterapeut může naplňovat, jsou – školitel personálu (ve smyslu spolupráce s dalšími odborníky), zdravotní poradce v komunitě, navrhovatel úprav v legislativě a poskytovatel primární péče. Ergoterapeut může být také case managerem (Scaffa and Reitz, 2014).

Americká asociace ergoterapeutů (AOTA) v roce 2010 publikovala výsledky studie, kde bylo uvedeno, že ve Spojených státech amerických v komunitních službách pracuje 9,1 % ergoterapeutů. Tento údaj nezahrnuje ergoterapeuty pracující v domácí péči, kterých je 5,8 % (Scaffa and Reitz, 2014).

Situace v České republice je taková, že působení ergoterapeuta v domácím prostředí klienta je spíše ojedinělé. V souvislosti s hodnocením domácího prostředí působí ve spolupráci s Českou Asociací Ergoterapeutů, vědeckým pracovištěm „Department of Health Sciences“ Lékařské fakulty University v Lundu ve Švédsku a rehabilitačním centrem „Centro de Reabilitacao Profissional de Gaia,“ společnost ILA,

s.r.o. Tato společnost vytvořila v rámci projektu financovaného z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky metodiku sloužící k systematické identifikaci architektonických bariér v domácím prostředí. Jedním z výzkumných úkolů v rámci tohoto projektu je standardizace metodiky „Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home (SEMAFOR home)“ (Macháčová, 2014). Domácí návštěva může být kromě zhodnocení bariér součástí léčebného programu, pro instruktáž rodiny/pečovatelů. Dle Krivošíkové (2011) je každá domácí návštěva časově a finančně náročná. Domácí návštěva nemá v souvislosti s ergoterapií zakotvení v českém legislativním systému, ani úhradovém systému zdravotní péče zdravotními pojišťovnami. Forma zdravotní péče, která umožňuje návštěvy pacienta v jeho domácím prostředí, je dle Zákona č. 372/2011 § 10 definována jako „zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta“. Pod tuto formu je řazena „návštěvní služba“ a „domácí péče“. Tyto dvě formy péče by byly vhodnou možností, pod kterou by bylo možné vykonávat ergoterapeutické návštěvy v domácím prostředí. Ergoterapeut však není legislativně uveden ve výčtu kompetentních odborností, které je mohou vykonávat. Zdravotní pojišťovny ergoterapeutům neposkytují na tyto formy péče smlouvy pro úhradu (Rohlenová, 2018).

Pro obhájení potřebnosti nejen ergoterapeutických intervencí v domácím prostředí Jihočeská univerzita realizuje v souvislosti s touto problematikou projekt. Data z této diplomové práce budou zařazena do tohoto projektu s názvem Koordinovaná rehabilitace u pacientů po poškození mozku (GAJU, grant č. 138/2016/S).

Na základě pilotního projektu Městské části Prahy 7 bude od 1. 5. 2018 zaměstnán ergoterapeut (na částečný úvazek). Ten bude poskytovat poradenské služby (ohledně kompenzačních pomůcek, zvládání činností, návrhu vhodných aktivit atd.) a především realizovat domácí návštěvy. Ty budou vykonávány za účelem zhodnocení domácího prostředí, návrhu vhodných úprav a podpory klientů při realizaci ergoterapeutických doporučení (MČ Praha 7, 2018).

1.5 Interprofesní spolupráce v koordinované rehabilitaci

Při zpracovávání teoretických podkladů byla v literatuře častá konfrontace mezi pojmy: multidisciplinární – multiprofesní – interdisciplinární – interprofesní. Disciplínou jsou zde myšleny vědecké poznatky, teorie a rámce, které tvoří základ výzkumu a praxe. Profesí se myslí organizační složka, která zahrnuje osoby vzdělané v určité disciplíně (Parse, 2015).

V souvislosti s rehabilitačním týmem jsou charakterizovány tři typy stylů týmové spolupráce – multidisciplinární, interdisciplinární a transdisciplinární (Wade in Dietz and Ward, 2015). Körner et al. (2010) ve svém článku charakterizuje multidisciplinární přístup, jako takový, kdy jednotliví profesionálové pracují paralelně, s jasně definovanými rolemi na specifických úkolech. Úroveň autonomie jednotlivých odborníků je vysoká. Mezi jednotlivými odborníky existuje během rehabilitačního procesu pouze malá, nebo žádná komunikace a na týmových jednáních jsou diskutovány pouze problémové oblasti. Odborníci interdisciplinárních týmů se setkávají pravidelně, aby mezi sebou diskutovali a společně navrhli cíle a plány terapie týkající se daného pacienta. V ideálním případě jsou jednotliví odborníci na stejné hierarchické úrovni a mezi členy týmu proto může fungovat dobrá komunikace a spolupráce. Interdisciplinární týmový model je považován za prostředek s vyšší kvalitou a výkonností týmu.

Kolajová (2006) tým definuje jako uskupení tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci, vnímají společnou identitu, přijímají kolektivní normy a cíle, uvědomují si jeden druhého. Týmy většinou mají časové, finanční a materiální limity. Payne (1993) představuje tým jako prostředek k naplnění žádoucích aktivit. Tým je podle něj způsob koordinace individuálních aktivit jeho členů, tedy jako tým je označován spíše způsob práce/myšlení, než charakteristika skupiny.

Podle Heidenthala (2003) tým nezahrnuje pouze zdravotníky, ale všechny, kdo se na péči o pacienta podílí. Jde o takový tým, který se skládá z lidí, kteří společně pracují k dosažení vytyčeného cíle, a kteří potřebují jeden druhého k dosažení tohoto cíle. V tomto pojetí je jako člen týmu chápán také pacient a jeho rodina. Bez jejich účasti by totiž veškeré intervence zdravotníků postrádaly žádoucí adresnost. Interprofesní tým v rehabilitaci zahrnuje – lékaře, neuropsychology, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy, speciální pedagogy, sociální pracovníky, zdravotní sestry, protetiky, nutriční terapeuty, posudkové lékaře, biomedicínské inženýry, rodinu a přátele (Švestková a kol., 2017).

1.5.1 Interprofesní vzdělávání jako základní kámen spolupráce

Interprofesní spolupráce přináší do praxe nové formy znalostí a porozumění a cenný pohled na to, že vzájemné učení musí být nedílnou součástí praxe. Učení se od ostatních profesionálů umožňuje vhléd do poznatků, specifických pro danou profesi v konkrétní situaci a umožňuje přizpůsobení a vytvoření nových znalostí (Little et al., 2016).

Ve Spojených státech amerických, Austrálii, Velké Británii a dalších zemích světa je trendem vzdělávat budoucí odborníky/terapeuty v souladu s modelem interprofesní spolupráce. Australská studie Gustafssonové et al. (2016) hodnotí zkušenosti studentů nelékařských zdravotnických profesí – ergoterapie, fyzioterapie a logopedie, s konceptem interprofesní spolupráce v rámci kliniky pro klienty s neurologickým onemocněním. Výsledná data prokazují, že studenti pozitivně vnímají spolupráci s jinými odborníky, což je předpokladem dobrých vztahů na pracovišti a především k respektování rolí jiných povolání. Obdobné výsledky byly nalezeny v americké studii Bandoca a Wallové (2015), kdy studenti hodnotili zkušenost s interprofesním modelem jako pozitivní a oceňují možnost se v něm vzdělávat.

V České republice je součástí navazujícího magisterského studia ergoterapie vyučován předmět „Interprofesní rehabilitační tým a case management.“ Cílem tohoto předmětu je, aby si student osvojil principy mezioborové spolupráce, naučil se jak a proč spolupracovat a efektivně komunikovat s ostatními profesemi z oblasti zdravotní, sociální péče a vzdělávání.

Potřeba vzdělanosti a připravenosti souvisí s faktem, že neurologické poruchy postihují až 1 miliardu lidí na celém světě a představují tak 6,3% celosvětové zátěže onemocnění. Očekává se, že za těchto podmínek dojde v roce 2030 o navýšení celosvětové zátěže onemocnění a to o 12% (v porovnání s údaji z roku 2005). Neurologické stavy mají různé příznaky, dlouhý a variabilní časový průběh a mohou způsobit složité postižení, včetně fyzických, kognitivních, behaviorálních a komunikačních problémů. Navzdory zvyšující se kvalitě zdravotní péči a tím i vyšších šancí na přežití, mají lidé s neurologickými stavy významné dlouhodobé funkční a psychosociální problémy, které omezují jejich každodenní činnost a celkovou participaci. Na základě evidence Khana et al. (2017) je zřejmé, že je u těchto osob vyžadována integrovaná, interdisciplinární a kooperativní péči v nemocnici a následně v komunitě.

Východiskem je poskytování kvalitní neurorehabilitace prostřednictvím interprofesního týmu (Khan et al., 2017).

Lze uvést příklad fungujícího interprofesního týmu v rámci denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství. Pro pacienty po poškození mozku s problémy kognitivními, fatickými, pohybovými apod. je určen denní stacionář s 8 hodinovým individuálním programem. Na základě vstupního vyšetření interprofesionálním týmem, je připraven individuální a skupinový rehabilitační program na 4 – 6 týdnů. Plánování léčby se uskutečňuje prostřednictvím schůzek interprofesního týmu. Tým jedná o stavu pacienta, určuje specifické cíle a stanovuje rehabilitační kritéria. Jedná se o formální koordinaci rehabilitace pomocí interdisciplinárních týmových setkání odborníků. Koordinované interdisciplinární řízení zdůrazňuje a podporuje spolupráci v rámci týmu a je navrženo tak, aby zvýšilo přínos rehabilitace a mělo pozitivní terapeutický účinek. Každý člen interprofesního týmu se na základě společného posouzení specializuje s pacientem na konkrétní oblasti rehabilitace. Po ukončení pobytu v denním stacionáři, je na rehabilitační konferenci doporučen krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán a to za přítomnosti klienta, popřípadě rodiny (Švestková a kol. 2017; Ifl.cuni, 2018).

1.5.2 Úloha ergoterapeuta v interprofesním týmu

Ergoterapeut se jako člen interprofesního týmu u pacienta/klienta zaměřuje na provádění běžných denních činností. Cílem ergoterapie je podpora zdraví a duševní pohody. Usiluje o to prostřednictvím smysluplného zaměstnávání pro výkon všedních denních činností, pracovních činností a výkon volnočasových aktivit (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

V rámci pravidelných schůzek interprofesního týmu ergoterapeut komunikuje s ostatními odborníky. Odborníci si předávají potřebné informace o pacientovi/klientovi a na tyto informace reagují. Ergoterapeut se podílí na definování cílů a podílí se na tvorbě plánů. Zodpovídá se pověřené osobě – case managerovi, kterým je nejčastěji lékař.

Ovšem i ergoterapeut může zastávat roli case managera. Case managementem z pohledu ergoterapeuta se zabývá bakalářská práce Evy Zemanové. V práci je jako zdroj informací uveden článek Crupyho a Clarka z roku 1995 (Eva Zemanová, 2014).

Autoři Krupy a Clark (1995) uvádějí, že v Kanadě se ergoterapeuti významně podílejí jako case manageri především v oblasti duševního zdraví. Filozofickým předpokladem pro volbu ergoterapeuta jako case managera je holistický přístup, podpora nezávislosti a

fungování v běžném životě. Case manager hájí práva a potřeby pacienta, koordinuje klinickou péči, řídí přechod pacienta na příslušnou úroveň péče, řídí využití finančních zdrojů a úhrady za služby monitoruje potřeby pacienta a zdravotnického týmu, aby bylo dosaženo požadovaných cílů a efektivních výsledků z hlediska potřeb pacienta, ale i zdravotnického zařízení, posuzuje a řeší psychosociální potřeby pacienta a jeho rodiny, provádí výzkum a doporučení pro praxi - určení postupů zlepšení a používání důkazních materiálů na bázi evidence based practice. Struktura práce case managera maximalizuje dovednosti různých odborníků a je klíčem k rozvoji vysoce efektivní práce týmu, vedoucí k dosažení stanoveného cíle péče. (Štěpánková, 2012)

Článek Robinsonové, Fishera a Broussardové (2016) uvádí, že v case managementu jde především o spolupráci. Opírají se o historický kontext ergoterapie, kdy zakladatelé tohoto oboru byli vzděláni v různých oborech – medicína, ošetrovatelská péče, sociální práce i architektura. Přirozenou povahou ergoterapie je tedy spolupráce. Ergoterapie podporuje zdraví člověka, umožňuje sebe péči/vykonávání ADL, bere v úvahu kognitivní funkce, podporuje člověka v aktivitách a také hodnotí a upravuje domácí prostředí. Ergoterapeuti hledají nové příležitosti a způsoby, jak případný problém/nevyhovující situaci vyřešit. Ergoterapeuti přinášejí zvláštní význam a odborné znalosti pro case management/řízení případů a koordinaci péče. Mají zdravotní a psychosociální znalosti, stejně tak praktické klinické zkušenosti. Analyzují pracovní a lidský výkon, které umožňuje identifikaci bariér a umožňuje potřebnou podporu, aby klientům umožnili plnohodnotný život.

2 Praktická část

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zhodnotit současný stav a význam interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku z pohledu ergoterapeuta, zjistit jaké jsou základní problematické oblasti a nedostatky v ČR.

Dílčí cíle:

- na základě případových studií (hloubkových kazuistik) popsat reálné možnosti a význam fungování interprofesního týmu v koordinované komunitní rehabilitaci v ČR (užší zaměření na Prahu)
- na podkladě kazuistik s ohledem na aktuální situaci v ČR doporučit možnosti ergoterapeutické intervence a interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci u osob po poškození mozku

2.2 Výzkumné otázky

Na základě cíle práce byly stanoveny následující otázky:

- Jaké jsou možnosti interprofesní spolupráce u osob po poškození mozku v komunitní rehabilitaci?
- Jaké jsou základní problematické oblasti interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku v ČR, se zaměřením na Prahu?
- Jaké jsou možnosti ergoterapeutické intervence u pacientů po poškození mozku v komunitní rehabilitaci?
- Jaká je role ergoterapeuta v interprofesním týmu v souvislosti s intervencí u pacienta po poškození mozku?

2.3 Metody tvorby dat

V rámci této diplomové práce byly použity kvalitativní výzkumné strategie. Na základě získaných dat bylo vypracováno šest hloubkových kazuistik – případových studií s údaji kvalitativního i kvantitativního charakteru. Jednotlivé případy byly detailně zkoumány a snahou bylo zachytit složitosti jednotlivých případů a popsat tak vztahy v jejich celistvosti. Získané poznatky byly dávány do širších souvislostí (Hendl, 2016).

Výzkumná část probíhala u šesti osob po poškození mozku v jejich přirozeném domácím prostředí. S vybranými klienty probíhala pravidelná spolupráce po dobu tří měsíců. Dle potřeby byli do terapie přizváni rodinní příslušníci a další odborníci (supervizor – vedoucí diplomové práce, fyzioterapeut, sociální pracovník, logoped, lékař, ošetrovatelský personál, osobní asistent, sexuální asistent).

Pravidelná ergoterapeutická intervence byla nabídnuta klientům především s motorickými obtížemi, které měly negativní dopad na vykonávání pADL (personálních běžných denních činností) a iADL (instrumentálních běžných denních činností). U těchto oslovených klientů proběhla vstupní domácí návštěva, kde došlo k celkovému seznámení se s prostředím (evaluace bytu) a zhodnocení reálných možností klienta v souvislosti s jeho maximální možnou soběstačností.

Výsledky tohoto výzkumu slouží zároveň i pro účely projektu Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích s názvem Koordinovaná rehabilitace u pacientů po poškození mozku (GAJU, grant č. 138/2016/S). Každý klient byl s tímto rovněž seznámen a podepsal informovaný souhlas sloužící i pro tento projekt.

Na hodnocení bytu a jeho okolí, především pak detekci bariér a navržení možných facilitátorů se podílela kolegyně Bc. Dorota Podzemná. Ta se touto problematikou zabývá ve své diplomové práci. Prostředí bylo hodnoceno ve vztahu k pADL a iADL.

Samotnému sběru dat předcházelo sepsání informovaného souhlasu (příloha č. 1) s klientem, kde byl seznámen s účelem šetření a potřebě získat informace, data a materiály (poznámky, formuláře, fotografie, audio a videonahrávky), které sloužily jako podklad pro zpracování praktické části diplomové práce.

Data potřebná pro zpracování praktické části byla získána prostřednictvím:

- Analýzy dokumentů (zdravotnické dokumentace)
- Odběrem anamnéz

- Funkčního ergoterapeutického vyšetření zaměřeného především na horní končetiny
- Standardizovaného objektivního funkčního testu FIM
- Dotazníku kvality života WHO DAS II
- Screeningového vyšetření kognitivních funkcí prostřednictvím MoCA
- Pozorování a rozhovoru v rámci jednotlivých intervencí (s klientem i rodinnými příslušníky)
- Semi-strukturovaného rozhovoru po absolvování tříměsíční spolupráce

2.3.1 Komplexní ergoterapeutické vyšetření

Během prvních dvou intervencí proběhl odběr anamnézy (důraz kladen na nynější obtíže). Ve většině případů bylo vyžádáno i nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, pro komplexní pochopení případu. Následovalo funkční zhodnocení stavu klienta, které zahrnovalo vyšetření mobility, sedu, vertikalizaci do sedu, vertikalizaci do stoje, stoj, chůzi, případně lokomoci. Podrobněji byly vyšetřeny horní končetiny – dominance, taxie, cití (povrchové i hluboké), tonus, respektive spasticita (orientačně dle Ashworthovy škály), aktivní rozsah pohybu (dále jen AROM), pasivní rozsah pohybu (dále jen PROM) a jemná motorika (grafomotorika a položky z testu Masného).

Pro indikaci klienta a pro screeningové vyšetření kognitivních funkcí byl využit Montrealský kognitivní test verze MoCA – CZ1 (dále jen MoCA) (Bartoš a kol, 2014). Tento test byl v roce 2012 doporučen Litvanovou et al. in Hoskovcová a kol (2014), jako oficiální skrínigový nástroj krátkého vyšetření, kdy není prostor pro standardizovanou neuropsychologickou baterii. MoCA obsahuje sedm subskórů zahrnujících základní psychické funkce (exekutivní funkce, pojmenování, pozornost, řeč, abstrakce, oddálené vybavení a orientaci) (Bezdíček a kol., 2014). Jako vhodná skrínigová metoda je MoCA zmiňována i v publikaci – Metodická příručka pro odborníky pracující v oblasti neurorehabilitace (Hoskovcová a kol., 2014).

Soběstačnost ve vykonávání všedních denních činností byla zhodnocena prostřednictvím Funkční míry nezávislosti – Functional Independence Measure – FIM system® Version 5.2 (dále jen FIM). FIM zahrnuje celkem 18 položek rozdělených na fyzické funkce (sebesycení, osobní hygiena, koupání, oblékání horní a dolní poloviny těla, použití WC, kontrolu sfinkterů, přesuny, lokomoci) a psycho-sociální funkce

(komunikace, sociální interakce, řešení problémů, paměť). Pomocí sedmibodové škály se hodnotí míra závislosti a případná asistence (Lippertová-Grünerová, 2009). Bez ergoterapeutického vstupního vyšetření a hodnocení nelze efektivně stanovit cíl a plán intervencí (Svěcená, 2013).

Za účelem lepšího porozumění potížím vznikajícím v důsledku poruch zdravotního stavu klienta a jeho subjektivního hodnocení kvality života, byla zahrnuta data získaná prostřednictvím dotazníku World Health Organization Disability Assessment Schedule II (dále jen WHO DAS II) (Üstün et al., 2010). Tento dotazník je z dílny Světové zdravotnické organizace (WHO), vytvořen dle principů pro použití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF (v originále ICF). Nástroj obsahuje domény – porozumění a komunikace, mobilita, sebeobsluha, vztahy s lidmi, životní aktivity (domácnost, práce, škola), účast (participace) ve společnosti. (Üstün et al., 2010; ÚZIS ČR, 2016) V této práci byla použita verze s 36 otázkami, kdy byl dotazovaným samotný klient.

Ve spolupráci s kolegyní proběhla evaluace bytu a jeho okolí. Záměrem bylo zjistit případné deficity ve vykonávání iADL.

Ergoterapeut (autor diplomové práce) dbal na denní režim, životní styl, zájmy a zvyklosti klienta. Po měsíční spolupráci došlo k přezkoumání situace, kdy byly využity výše zmíněné metody a nástroje totožné s výstupním vyšetřením. U některých klientů došlo k přehodnocení či doplnění cílů a plánů pro nadcházející intervence.

Spolupráce byla ukončena po třech měsících závěrečným hodnocením. Byly zde využity hodnotící nástroje FIM a WHO DAS II. Stejně nástroje byly využity při kontrolním vyšetření po prvním měsíci intervence. Závěrečné zhodnocení cílů prokázalo, zda došlo k naplnění očekávaných cílů (ve většině případů vztahujících se k vykonávání pADL a iADL). Součástí výstupního vyšetření byl i semi-strukturovaný rozhovor, kterým měl klient zhodnotit přínos jednotlivých odborníků a jejich případnou interprofesní spolupráci.

Podrobné vyšetření jednotlivých klientů včetně zápisů z jednotlivých intervencí jsou součástí příloh č. 3 – č. 8.

2.3.2 Pozorování a rozhovor

Během jednotlivých intervencí probíhal neformální rozhovor s klientem, rodinnými příslušníky a v některých případech i dalšími odborníky. Pro doplnění a popis

situací bylo využito i pozorování, které umožnilo nahlížet na případ komplexně. (Hendl, 2016) Informace získané prostřednictvím těchto metod byly zpracovány v rámci zápisů z jednotlivých terapií. Zápisy terapií byly vytvořeny ve formátu SOAP, tedy subjektivní hodnocení klienta, objektivní hodnocení klienta, výsledná terapie a plán další terapie. (Krivošíková, 2011)

Na základě komplexního ergoterapeutického vyšetření, rozhovorů a pozorování byl spolu s klientem, ve spolupráci s jeho rodinnými příslušníky a v některých případech dalšími odborníky, navržen dlouhodobý cíl a sestaven plán pro jeho realizaci. Po měsíci proběhlo kontrolní vyšetření, kdy byl v některých případech plán upravován, či doplňován. Po třech měsících v rámci výstupního hodnocení bylo zhodnoceno, zda došlo k naplnění stanovených cílů a jakým způsobem. Důraz byl kladen na to, zda k naplnění cíle došlo prostřednictvím interprofesní spolupráce s dalšími odborníky.

Právě pro zhodnocení ergoterapeutických intervencí a interprofesní spolupráce z pohledu klienta, byl využit semi – strukturovaný rozhovor, příloha č. 2. Tento rozhovor proběhl po absolvování tříměsíční spolupráce. K zaznamenání výpovědí byl použit záznamník (mobilní telefon). Získaná data byla posléze přepsána. Byla zde využita metoda doslovné transkripce (Hendl, 2016).

2.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo šest osob po poškození mozku v subakutní fázi (období zvýšeného svalového tonu, kdy se rozvíjí spasticita) a v chronickém stádiu (stav pacienta/klienta se již nemění) (WHO, 2004).

Tabulka 1: Výzkumný soubor

Klient	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Datum vzniku onemocnění	Dominující obtíže
A	muž	33	ruptura aneurysmatu; subarachnoideální krvácení	2014	hemiparéza až hemiplegie vlevo
B	muž	60	MSA parkinsonského typu	2014	bradykineze, posturální instabilita
C	žena	43	recidivující tumor mozku (pooperační devastace mozkové tkáně)	2005	centrální hemiparéza až hemiplegie
D	žena	42	resekce glioblastomu vlevo	2009	lehká centrální kvadruparéza (akcentace vpravo)
E	muž	42	ischemická CMP	2016	levostranná hemiparéza až hemiplegie
F	žena	64	intracerebrální hemoragie	2015	pravostranná hemiparéza (akcentace na horní končetině)

Přestože dle této definice se v chronickém stadiu stav nemění, byly do výzkumu zařazeny i tyto osoby. U těchto klientů bylo na základě interprofesního posouzení zhodnoceno, zda mají předpoklad ke zlepšení. Předem byly stanoveny konkrétní požadavky na terapii v domácím prostředí s očekávaným funkčním či jiným zlepšením.

V rámci této práce byl využit účelový výběr, kdy kritériem bylo poškození fyzických funkcí ve vztahu k vykonávání pADL či iADL. Kritériem pro přijetí byl předpoklad, že tito klienti jsou schopni fungovat v domácím prostředí (třebaže s asistencí) a jejich kognitivní a řečové funkce jsou natolik dobré, že budou schopni se aktivně podílet na plánování a realizaci intervencí. Vypovídající tedy byly hodnoty FIM, kdy byly

vyřazeny osoby se skóre nižším než 35 (méně než 25% = celková závislost) a hodnoty MoCA, kdy byly vyřazeny osoby s méně než 18 body (Kopeček, 2016). Vzhledem k časovým možnostem a se záměrem specifitějšího výběru byl dalším kritériem trvalý pobyt v Praze. Klienti byli osloveni na základě doporučení ergoterapeutů z Kliniky rehabilitačního lékařství VFN v Praze (jmenovitě Mgr. Annou Krulovou a Mgr. Jaromírou Uhlířovou), dále byli osloveni klienti využívající služby Rehabilitace Praha s. r. o. (spolupráce s Mgr. Terezou Chalupskou).

Indikační kritéria:

- Osoby starší 18 let (muži i ženy)
- Osoby po poškození mozku v subakutním a chronickém stádium onemocnění
- Osoby, které fungují v domácím prostředí, třebaže s asistencí (získají více než 34 bodů v hodnocení pomocí FIM)
- Osoby bez výrazně snížených kognitivních funkcí (získají více než 17 bodů v hodnocení pomocí MoCA)

Kontraindikační kritéria:

- Osoby s vrozeným poškozením mozku
- Celková závislost klienta na pečující osobě (získá méně než 35 bodů v hodnocení pomocí FIM)
- Osoba s kognitivním deficitem (získá méně než 18 bodů v hodnocení pomocí MoCA)
- Osoba s těžkým smyslovým postižením
- Nespolupráce klienta (nesouhlas, nezájem) projevená během první intervence

2.5 Metody analýzy dat

Pozorování bylo použito jako specifická analytická technika se zvolenou konfigurací hodnot (Hendl, 2016). Byla zde porovnávána empiricky získaná data – vstupní, kontrolní a výstupní data získaná prostřednictvím FIM a WHO DAS II. Výpovědní hodnotu měla především data získaná prostřednictvím FIM, jelikož zvýšená soběstačnost v ADL byla v mnoha případech stanovena jako cíl intervencí.

Jak bylo zmíněno již výše, pro zhodnocení ergoterapeutické intervence a interprofesní spolupráce z pohledu klienta, byl využit semi – strukturovaný rozhovor, který byl zaznamenáván a poté doslovně přepisován. Vytvořený textový dokument byl dále pročitán a tematicky kódován. Posléze byly kódy roztrženy do kategorií a subkategorií a byly mezi nimi hledány vztahy a souvislosti.

Na základě pozorování a analýzy zápisů z jednotlivých terapií vzniklo zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu ergoterapeuta. Informace jsou prezentovány v tabulkách jednotlivých případů.

Jednotlivé případy byly mezi sebou porovnávány a i zde byly hledány vztahy a souvislosti. Na základě těchto informací vzniklo schéma průběhu pravidelné tříměsíční intervence.

2.6 Výsledky

2.6.1 Případová studie 1 (Klient A)

Základní diagnóza a osobní anamnéza

Klient A je 34 letý muž, který v roce 2014 prodělal rupturu aneurysmatu arteria cerebri media vpravo, se subarachnoidálním krvácením. Jeho stav nyní odpovídá spastické hemiparéze až hemiplegii vlevo s výraznými kontrakturami na dolních končetinách, především akrálně. Do srpna 2015 byl hospitalizován (ARO, DIOP, LDN, Rehabilitační ústav v Hostinném) a poté byl přeložen do domácího prostředí a péče rodičů. V létě 2016 absolvoval denní stacionář na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze

Soběstačnost a bytová situace

Klient domácnost sdílí s rodiči, kteří o něj pečují. Klient je plně závislý na fyzické pomoci další osoby. V rámci mobility je schopný se pouze přetočit (přitažením o postranici) na paretický (levý) bok. Vertikalizaci do sedu zvládne s větší fyzickou dopomocí, kdy sed je velmi nestabilní. Funkce levé horní končetiny je výrazně porušena – výrazná hypestezie až anestezie všech kvalit cití, spasticita, bez aktivního pohybu a při pasivním protažení je omezení rozsahu pohybu v ramenním kloubu nad horizontálu pro bolest.

V rámci vstupního vyšetření klient získal ve FIM testu 59/126 b. (46,83% = maximální závislost). Maximálně závislý je ve fyzických položkách, kde získal 30/91 b. (32,97% = maximální závislost). Klient potřebuje fyzickou dopomoc téměř ve všech aktivitách. Není schopný se samostatně přesunout. Pro přesuny využívá mechanický zvedák (klient váží téměř 120 kg), který je ovládán asistující osobou, nebo případně pro přesun postel-vozik potřebuje asistenci 2 osob. Pro pohyb v exteriéru klient využívá mechanický vozík s vysokou zářadovou opěrkou a je pasivně vezen další osobou. Při vykonávání celotělové hygieny a oblékání klient potřebuje větší fyzickou dopomoc další osoby. Při osobní hygieně je částečně soběstačný, potřebuje dopomoc pouze s nanesením pasty na zubní kartáček. Při sebesycení potřebuje fyzickou pomoc další osoby pro krájení a občas i nabrání potravy. V oblasti vyprazdňování klient již nemá úniky, ale potřebuje pomůcky, jako je absorpční podložka a asistenci při vyprázdňení nádoby na moč a toaletního křesla. Screeningově byl pro zhodnocení kognitivních funkcí využit MoCA test, ve kterém klient získal 27/30, což spadá do pásma normy. Klient v rámci terapie adekvátně spolupracoval a komunikoval, dle matky u něj však došlo ke změně osobnosti – projevuje rysy

obsedantně-kompulzivního chování. Svou životní situaci subjektivně hodnotí v průměru jako středně obtížnou – v dotazníku WHO DAS II získal 53,82%. Největší obtíže klient pociťuje v doméně „Životní aktivity“, kdy veškeré položky jsou pro něj extrémně obtížné, nebo je nelze provést. Podobně hodnotí i položky v doméně „Mobilita“.

Klient sdílí domácnost s rodiči. Do bytu se rodina přestěhovala po úraze klienta, přesto je prostředí částečně bariérové. Byt se nachází v 6. patře s výtahem, který je nevyhovující. Limitující je zde prostor pro rozměrný vozík, kdy je nutná demontáž stupaček a velmi nekomfortní poloha pro doprovázející osobu i klienta. Byt je po celkové rekonstrukci, kdy došlo k rozšíření dveří, byly odstraněny prahy a byla zcela přestavěna koupelna a WC. V koupelně klient pro vykonání celotělové hygieny (koupání), kterou obstarává otec, využívá toaletní křeslo. Na křesle je klient přemisťován i na toaletní mísu k vyprázdnění stolice. Pokoj klienta je vybaven polohovacím lůžkem, kde tráví většinu času. Má zde k dispozici mechanický zvedák a do budoucna chce rodina pořídit závěsný systém, díky kterému by bylo možné klienta vertikalizovat. Téměř veškeré položky iADL obstarává rodina klienta. Klient pro funkční komunikaci využívá mobilní telefon. Telefon používá i pro vyhledávání informací na internetu.

Pracovní a sociální anamnéza

Klient dříve pracoval jako profesionální řidič. Nyní pobírá ID 3. stupně ve výši 8 234 Kč, příspěvek na péči 4. stupně a příspěvek na mobilitu.

Denní režim a volnočasové aktivity

Režim dne je pravidelný. Klient se dožaduje dodržování stanoveného časového harmonogramu. Vstává v 7.00, poté vykonává ranní hygienu a snídá. Obědvá mezi 12.00 – 13.00. Večeří v 19.00 a ke spánku se ukládá okolo jedenácté. Volný čas tráví sledováním TV a vyhledáváním informací na internetu. Klienta pravidelně navštěvuje babička, se kterou luští křížovky a čte (časopisy zaměřené na sportovní tematiku). Pravidelně jej navštěvují i kamarádi. Za příznivého počasí v doprovodu matky, nebo přátel probíhají procházky po okolí. Klient je vášnivým sportovním fanouškem a v doprovodu přátel, či některého člena rodiny navštěvuje fotbalové i hokejové zápasy. Rodina usiluje o pestrý týdenní program klienta, proto mu zajistila pravidelnou fyzioterapii. Před příhodou klient sportoval, navštěvoval společenské akce, rád vařil, hrál hry na PC a Playstationu.

Ergoterapeutické intervence a interprofesní spolupráce

Z pohledu klienta bylo prostřednictvím pravidelných intervencí v domácím prostředí dosáhnout znovunabytí schopnosti chůze, což v této situaci není reálné. Dalším z jeho cílů je být v co největší míře soběstačný – sám se obléknout, osprchovat, dojít si na WC. V neposlední řadě by klient chtěl znovu hrát hry na konzoli Playstation.

Spolu s klientem a jeho rodiči byly pro tříměsíční spolupráci stanoveny následující cíle:

1. U klienta dojde ke zlepšení mobility v rámci lůžka – bude schopný se přetočit na obě strany, samostatně se posadit a vydrží sedět několik minut.
2. Klient bude schopný si samostatně svléknout a obléknout horní polovinu těla.
3. Klient v maximální možné míře získá optimální soběstačnost v oblasti mobility a lokomoce. Budou podniknuty kroky k docílení bezbariérovosti prostředí a výběru vhodného mechanického vozíku.
4. Klientovi bude navržena volnočasová aktivita, která by jej naplňovala obdobně jako hraní her na konzoli Playstation.
5. Klient se zapojí do přípravy jednoduchého pokrmu.

Během 3 měsíců proběhlo celkem 11 ergoterapeutických intervencí v domácím prostředí. Velice přínosná zde byla spolupráce s odborníky z Kliniky rehabilitačního lékařství. V tomto případě bylo možné před zahájením domácích návštěv i v průběhu tříměsíční spolupráce účastnit se individuálních terapií fyzioterapie a logopedie. Podněty a připomínky jednotlivých odborníků byly zahrnuty do ergoterapeutických intervencí, což pro odborníky představovalo určitou zpětnou vazbu.

Náplní téměř každé návštěvy bylo v úvodu krátké logopedické cvičení navržené logopedkou. Zaměřeno bylo na znělost hlásek, rytmus, správnou interpunkci a práci s dechem. Klientova řeč byla setřelá, rychlá a mnohdy mu nebylo rozumět. Zpočátku měl problém i se čtením nahlas. Pro hlasité čtení byly pro klienta připraveny texty se sportovní tematikou (s ohledem na jeho zájmy), kde byla barevně zvýrazněna interpunkce. Tato pomůcka se částečně osvědčila.

ad cíl 1: Na základě stanovených cílů byla náplň jednotlivých intervencí zaměřená na trénink mobility v rámci lůžka. Před samotným nácvikem proběhlo ovlivnění levé horní končetiny, kdy byly využity myofasciální techniky, protažení, prvky Bobath konceptu (mobilizace, aproximace). S klientem byl trénován bimanuální pohyb. Nezbytné bylo posílení trupu. Klientovi byla ze strany fyzioterapeuta zadána cvičební jednotka (která se

obměňovala). Její plnění klient zaznamenával do připravených formulářů. Tyto formuláře zprostředkovávaly určitou zpětnou vazbu a zároveň klienta motivovaly k plnění cvičebního plánu. Klient byl vždy vyzván, aby předvedl zadané cviky. Dle potřeby docházelo ke korekci, či asistenci. S klientem probíhal nácvik přetáčení na nepostižený bok. Zpočátku bylo potřeba velké fyzické dopomoci, kdy byla klientova levá dolní končetina flektována v koleni, a chodidlo bylo fixováno k podložce. Byl vyzván, aby pravou horní končetinou uchopil své levé zápěstí a horní končetiny s nataženými lokty elevoval. Z takto připravené polohy byl fyzicky naváděn na pravý bok. S postupem času byl klient schopný přetočit se na pravý bok pouze s fixací dolních končetin a na základě pravidelných tréninků v závěru naší tříměsíční spolupráce zvládl vykonat tuto aktivitu samostatně. Při osvojení si této aktivity a nabytí obratnosti, byl trénink mobility v rámci lůžka posunut na další úroveň. Proběhl nácvik vertikalizace do sedu. Zpočátku byla klientovi opět poskytována větší fyzická dopomoc a slovní navádění. Klient byl na základě tréninku a plnění cvičební jednotky zadané fyzioterapeutem, schopný posadit se přes pravý bok. V následujících intervencích bylo zaměřeno na výdrž v poloze sed.

ad cíl 2: V souvislosti se zlepšením v oblasti pADL bylo s klientem trénováno oblékání a svlékání horní poloviny těla – trika. Proběhla slovní instruktáž a bylo nutné i předvedení. Při prvních pokusech byla nutná fyzická dopomoc, především s nastavením oděvu (klient neuměl triko převrátit) a s navlečením na levou horní končetinu. Po několika pokusech si klient činnost osvojil a na základě slovního podněcování si zvládl triko svléct i obléct bez fyzické dopomoci. Klient byl vyzván, aby v rámci oblékání a svlékání převzal iniciativu. Otec klienta byl instruován, aby synovi umožnil dostatek času, podněcoval a motivoval ho v této činnosti.

ad cíl 3: Jedním z hlavních cílů bylo podniknout kroky k vyřešení nevyhovující bytové situace – nevhodného výtahu. Rekonstrukce výtahu závisí na schválení bytového družstva. V souvislosti s touto problematikou byl ke spolupráci přizván sociální pracovník. Sociální pracovník provedl šetření v místě bydliště klienta. Oslovil bytové družstvo, aby objasnil nevyhovující situaci a zdůvodnil nutnost rekonstrukce. Bytové družstvo argumentovalo, že na rekonstrukci výtahu nejsou ve fondu oprav momentálně finance. Dále sdělilo, že i když do budoucna budou probíhat rekonstrukce výtahu v domech bytového družstva, nejsou ochotni upřednostnit dům klienta. Sociální pracovník poskytl podklady o možnostech čerpání dávek z Úřadu práce. I přes tuto

zjevnou finanční podporu bytové družstvo zaujalo negativní postoj. Rodina v souvislosti s tím vzdala jakékoliv pokusy o změnu této nevyhovující situace.

Klient je v oblasti mobility velmi omezen i v důsledku své tělesné konstituce. Přesto by zde byl potenciál pro dosažení větší míry soběstačnosti v oblasti lokomoce, kdyby měl klient mechanický vozík s jednostranným ovládáním, nebo elektrický vozík (fyzioterapeut tuto variantu příliš neschvaluje). Současný typ vozíku byl vybrán s v souvislosti s omezenými možnostmi vzhledem k časovému presu a limitujícími rozměry výtahu. Rodina se proto při hledání možných variant obrátila na odborníka v oblasti výběru vhodného vozíku – Zdeňku Faltýnkovou.

ad cíl 4: Klient při dotazování ohledně zájmů projevil touhu opět si zahrát na herní konzoli Playstation. Vzhledem k plegii levé horní končetiny není možné ovládat joystick. Klientovi byla představena náhradní varianta – herní konzole Nintendo Wii. I přes prvotní skepsi byla tato konzole klientovi zapůjčena a byl zaškolen ohledně ovládání. Hraní her si oblíbil natolik, že si Nintendo Wii odkoupil. Konzole je ovládána jedním ovladačem, který klient třímá v pravé ruce. Snahou bylo bimanuální zapojení, ale pro narůstající spasticitu to nebylo možné. Klient obsluhoval herní konzoli v poloze leh, sed na lůžku (s využitím polohovacího lůžka) a sed na mechanickém vozíku. Z terapeutického hlediska se jeví jako nejvhodnější poloha sed na vozíku, kdy klient vykonává aktivní pohyb pravou horní končetinou a zapojuje trupové svalstvo.

ad cíl 5: Klientovi bylo navrženo zapojit se do přípravy jednoduchého pokrmu. Klient zmínil, že vaření bylo dříve jeho koníčkem. Matka klienta uzpůsobila manipulační prostor v kuchyni. Byla instruována, aby však žádné nádobí, pomůcky a potraviny nechystala předem. Záměrem bylo, aby klient předvedl své maximální možnosti v zapojení se do této činnosti. Klient zvolil přípravu pudingu. Pro manipulaci a opatření potřebných předmětů měl k dispozici švédský podavač. Ve většině úkonů byla nutná větší fyzická dopomoc. Velké omezení má klient v oblasti mobility, kdy není schopný samostatně ovládat mechanický vozík. Přestože klient činnost nezvládl vykonat samostatně (bylo potřeba asi 75% fyzické dopomoci), byla klientem i matkou tato činnost shledána jako přínosná z hlediska trávení volného času. Při přípravě pokrmu vykonával aktivní pohyb a trénoval taxi a koordinaci.

Zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu ergoterapeuta

Na základě pozorování, neformálních rozhovorů a analýzy zápisů z jednotlivých intervencí lze z pohledu ergoterapeuta shrnout fungování interprofesní spolupráce u klienta A. Konkrétní situace a jejich podrobná prezentace se nachází v příloze č. _.

Tabulka 2: Interprofesní spolupráce A

člen	způsob spolupráce	výsledek
fyzioterapeut	interprofesní spolupráce v rámci individuálních terapií na KRL	objektivizace fyzických schopností klienta; plnění zadané cvičební jednotky, na základě které došlo ke zlepšení mobility; konzultace ohledně prodloužení šlach na akrech dolních končetin
ergoterapeut	konzultace v rámci Kliniky rehabilitačního lékařství	doporučení klienta pro uskutečnění pravidelných ergoterapeutických intervencí; angažovanost při řešení nevyhovující bytové situace – výtahu
logoped	interprofesní spolupráce v rámci individuální terapie	příklady logopedických cvičení aplikovatelných v domácím prostředí klienta
lékař	nepřímá spolupráce	koordinace členů interprofesního týmu včetně klienta a jeho rodiny
matka	přímá spolupráce; člen interprofesního týmu	angažovanost ve spolupráci s odborníky – řešení nevyhovující bytové situace, výběr vhodného mechanického vozíku, opatření pomůcek a techniky; fyzická a psychická podpora v rámci intervencí v domácím prostředí
otec	přímá spolupráce; člen interprofesního týmu	angažovanost ve spolupráci s odborníky; fyzická a psychická podpora v rámci intervencí v domácím prostředí
odborník v oblasti invalidních vozíků	nepřímá spolupráce; spolupráce s klientem a jeho rodiči	doporučení vhodného mechanického vozíku

Subjektivní hodnocení interprofesní spolupráce z pohledu klienta

Zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu klienta proběhlo na základě analýzy semi-strukturovaného rozhovoru, ze kterého vyplynulo následující:

Po příchodu do domácího prostředí byla pro klienta nejdůležitější podpora ze strany rodiny. „...*Péče rodičů mejh. Ti se o mě starají celou dobu.*“ Klient dále uvádí, že nejvíce mu pomohla fyzioterapie poskytovaná v domácím prostředí. „*Saša (pozn. fyzioterapeut) mi dává hodně zabrat. ... Díky němu jsem hodně posílil ten trup a tak.*“ Klientovi po příchodu domů chyběla péče zdravotních sester a ošetrovatelského personálu, přesto byl rád za možnost navrácení se do domácího prostředí. „*V první řadě jsem rád, že jsem doma.*“ V současné době není nic, co by chtěl klient na fungování v domácím prostředí změnit.

Další otázky v rozhovoru byly zaměřeny na interprofesní tým a jeho fungování. Klient byl vyzván, aby uvedl, kdo všechno ho po propuštění z nemocnice navštěvoval a s kým spolupracoval. „*Takže kamarádi v první řadě. Ti sem chodí pořád. Bývalá přítelkyně třeba. Terapeuti různí, vystřídal se jich tady asi 5, za ty dva roky co jsem doma... Nějaký ergošky, jako jste vy třeba. ... Byli tady kvůli výtahu vlastně... A rodina samozřejmě.*“

Klient se měl blíže vyjádřit k jednotlivým odborníkům. Přínos ergoterapie hodnotil jako průměrnou, nedokáže ale konkrétně říct proč. Čas, který mu byl ergoterapeutem věnován, hodnotí opět jako průměrný. Na dotaz jaká frekvence by byla dle jeho názoru dostačující uvádí: „*Třeba tak 3x týdně aspoň. Aby to mělo nějaký efekt.*“ Komunikaci s ergoterapeutem klient hodnotí jako výbornou. Když měl klient uvést, v čem konkrétně mu ergoterapie pomohla, uvedl: „*Zatím vůbec nijak si myslím. Jsem na tom pořád stejně jako na začátku, co se ergoterapie týče.*“ Při dalším doptání na vnímání změn od propuštění z nemocnice, dodává: „*Je to lepší samozřejmě. Co se týče toho oblékání například a svlíkání... Takový ty věci udělat si s levou rukou třeba něco Takový to přidržet si něco. To mě naučili terapeuti... Ergoterapeutka mi vlastně pomohla sehnat to wiičko. Tak to bych tam určitě vyzdvihl.*“

Stejně otázky byly položeny ohledně fyzioterapeuta. Fyzioterapii hodnotí jako velice prospěšnou. „*Díky tomu, že ví, co dělá ten člověk. Ví, co má dělat, aby mi to pomohlo nějak. Třeba posilování trupu si myslím. Díky tomu dobře sedím, tak jak jsi říkala.*“ Čas, který mu byl ze strany fyzioterapeuta věnován, byl naprosto dostačující a komunikace s ním velmi dobrá. Klient uvedl, že díky fyzioterapii posílil především trup.

Pro řešení nevyhovující situace ohledně výtahu byl osloven sociální pracovník. Přínos jeho práce klient hodnotí jako průměrný. Na dotaz proč tomu tak bylo, odpovídá: „*Protože to vlastně nic nepřineslo. ... Na ty úřady tlačil, aby se vyřešil ten výtah, nebo*

něco. Já vlastně nevím, co dělal přesně.“ Když byl klient dotazován, co by měl sociální pracovník udělat, aby jeho práce pro něj byla prospěšná, odpověděl: *„To netuším. On už asi nemůže udělat víc. Udělal maximum úplně. Vždycky měl strašnou snahu pomoci. Bohužel to ale nebylo úspěšný.“* Čas, který mu věnoval, byl naprosto dostačující. *„Já po něm nemůžu už víc chtít, když to není v jeho silách bohužel. On nerozhoduje o těch věcech.“* Komunikace s ním byla dle klienta výborná.

Spolupráci mezi jednotlivými odborníky klient zhodnotil následovně: *„Spolupracovali dobře, nakonec to proběhlo všechno, ale dlouho to trvalo.“* Klient si uvědomuje, že na základě spolupráce s terapeuty z Kliniky rehabilitačního lékařství, mohlo dojít k pravidelným intervencím v domácím prostředí: *„Tak třeba ty s Aničkou (pozn. ergoterapeut) a s dalšíma ergoškama z Albertova. ... jste tady za mnou docházely pravidelně, že jste se mi snažily pomoci. Třeba s přesuny v posteli.“* Klient byl tázán, zda shledává nějaká negativa na spolupráci mezi odborníky. Jeho vyjádření: *„Nic takovýho není myslím. Všichni to se mnou myslí dobře.“*

Zhodnocení cíle 1

Ve spolupráci s fyzioterapeutem, který klientovi navrhl cvičební jednotku se zaměřením na posílení trupového svalstva a díky pravidelnému tréninku, **došlo u klienta v oblasti mobility v rámci lůžka ke zlepšení.** Klient je schopný se samostatně přetočit na postižený i nepostižený bok, samostatně, nebo občas s mírnou dopomocí je schopný se posadit na okraji lůžka a s fixací levé dolní končetiny je schopný se posadit na lůžku (se zapojením břišních svalů – „sklapovačka“). Bez fyzické dopomoci v sedě vydrží několik minut. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 2

U klienta došlo v oblasti pADL ke zlepšení, kdy ve vstupním FIM testu byla položka oblékání horní poloviny těla hodnocena dvěma body. Na základě tréninku a slovního podněcování je nyní klient schopný si obléct triko bez fyzické dopomoci další osoby. Ve spolupráci s rodinou došlo k zařazení této aktivity do denní rutiny klienta. Při kontrolním hodnocení byla ve **FIMu položka oblékání horní poloviny těla hodnocena 5 body**, tedy úroveň supervize, kdy je potřebné již pouze slovní podněcování (zlepšení o 3 body). Rodiče klienta podněcují k větší soběstačnosti. Klient se dále **o bod zlepšil v položce koupání**, kdy nyní potřebuje pouze mírnou asistenci. Sám je schopný si omýt a osušit levou paži, hrud', břicho, intimní oblast a stehna. Klient se na základě pravidelného

tréninku a za aktivního přístupu rodiny, **zlepšil ve fyzických položkách FIMu od vstupního vyšetření celkem o 4 body**, celkem tedy 34/91 bodů (37%). **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 3

Jedním z hlavních cílů bylo vyřešit nevyhovující bytovou situaci – nevhodný výtah v domě. Pro spolupráci byl přizván sociální pracovník, který jednal s bytovým družstvem, oslovil příslušné úřady a byly podniknuty kroky k možnému řešení. I přes velkou iniciativu sociálního pracovníka i rodiny prozatím nedošlo k naplnění tohoto cíle. **Bytové družstvo odmítlo vyhovět** požadavkům rodiny klienta zahájit přestavbu výtahu přednostně v jejich domě, a to i přesto, že by bylo možné čerpat z příspěvků, na které má klient nárok. Bytové družstvo argumentovalo tím, že je prozatím ve fondu oprav nedostatek financí a i kdyby do budoucna k přestavbě došlo, nejsou ochotni zajistit přednostně úpravy v domě klienta. **Nedošlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 4

Klient dříve ve volném čase hrál hry na herní konzoli Playstation. Při stanovení cílů projevil zájem znovu hrát hry na této herní konzoli. Vzhledem k povaze jeho postižení není možné bimanuální zapojení, které je předpokladem pro zvládnutí her. Proto byly hledány možné alternativy. Klientovi bylo prostřednictvím ergoterapeuta **zapůjčena herní konzole Nintendo Wii**, která je obsluhována jedním ovladačem. I přes prvotní skepsi si klient hraní her na této konzoli oblíbil natolik, že si Nintendo Wii koupil. Klienta nejvíce naplňuje sekce – sport. Hraním her na herní konzoli klient tráví svůj volný čas. Matku tato činnost inspirovala a s klientem začala hrát stolní tenis. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 5

V souvislosti s trávením volného času souvisí i další cíl, kdy bylo klientovým úkolem připravit jednoduchý pokrm. Analýza činnosti přinesla důležité poznatky ohledně mobility na vozíku – klient nebyl schopný mechanický vozík ovládat jednou končetinou a schopnosti manipulovat s předměty na relativně malém prostoru. **Z funkčního hlediska nelze předpokládat, že by byl klient schopný si jakýkoliv pokrm připravit sám.** Práce v kuchyni jej však bavila a naplňovala. Tuto činnost **lze tedy zařadit mezi varianty trávení volného času.** Také vedla k oslovení odborníka přes „invalidní“ vozíky. V době kdy byla pravidelná spolupráce ukončena, poskytl odborník klientovi a jeho rodině konzultaci. **Došlo ke splnění cíle.**

Souhrn:

Ve spolupráci s odborníky a rodinou klienta se podařilo **splnit 4 z 5 stanovených cílů**. Klient se zlepšil v oblasti mobility na lůžku a v oblasti soběstačnosti. Při výstupním hodnocení se klient **ve fyzických položkách FIMu zlepšil o 4 body**. V kognitivních položkách nedošlo k žádným změnám. V celkovém hodnocení FIM testu **získal 63/126 b. (50%)**, v porovnání se vstupem, kdy měl 59/126 b. (46,83%) se již **posouvá z úrovně maximální závislosti na úroveň mírné asistence**. Také se podařilo do klientova programu zařadit volnočasové aktivity, které jej naplňují. Pro neochotu ze strany bytového družstva se nepodařilo naplnit jeden ze stanovených cílů.

Závěr a další doporučení:

Ochota a aktivní zapojení rodiny klienta usnadnila naplnit mnohé ze stanovených cílů. Spolupráce s klientem byla dobrá. Klient byl aktivní, částečně spolupracující, výzvám se snažil vyhovět, ale v mnoha případech potřeboval slovní pobízení, či určitou motivaci (např. sladkost, která vzhledem k jeho tělesné konstituci nebyla zcela žádoucí).

Pro naplnění cílů byli ke spolupráci přizváni další odborníci (především z Kliniky rehabilitačního lékařství). Lze předpokládat, že i pro ně byly ergoterapeutické intervence v domácím prostředí přínosné. Poskytli jim zpětnou vazbu a komplexní pojetí fungování klienta v jeho autentickém prostředí.

Bylo by vhodné, kdyby klient i jeho rodina nadále usilovala o zvýšení klientovy soběstačnosti – v oblastech ADL a mobility. Další kroky, které by mohly vést ke zlepšení stavu klienta je prolongace šlach (konzultováno s fyzioterapeutem) a výběr vhodného mechanického vozíku (spolupráce s odborníkem). Důležité je setrvat v procesu rehabilitace po dobu zlepšování klientovy situace.

2.6.2 Případová studie 2 (klient B)

Základní diagnóza a osobní anamnéza

Klient B je 60 letý muž, kterému byla diagnostikována mnohotná systémová atrofie parkinsonského typu. Obtíže začaly v roce 2014. Začala se projevovat celková bradykineze, posturální instabilita, dysartrie a inspirační stridor. Klient je v dispenzarizaci Neurologické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice. Vzhledem k prognóze se u klienta projevilo subdepresivní ladění.

Z osobní anamnézy je důležité zmínit diabetes 2. typu, osteoporózu s frakturou L2 a L3, kdy prodělal vertebroplastiku. Prodělal úraz, kdy došlo k fisuře patelly vpravo. Trpí pro opakované periproktální abscesy.

Soběstačnost a bytová situace

Klient bydlí v bytě s manželkou. Při vstupním ergoterapeutickém vyšetření klient získal v testu FIM 89/126 b. (70,63% = mírná asistence). Ve fyzických položkách získal 58/91 b. (63,74% = mírná asistence). Klient je maximálně závislý v položce koupání. Manželka klienta omyje a osuší všechny části těla. Dopomoc (mírnou) potřebuje i při přesunu do sprchového koutu. S oblékáním horní i dolní poloviny těla klient potřebuje dopomoc manželky. V položce osobní hygieny je klient schopný vykonat všechny úkony krom holení. Oholení tváře provádí manželka elektrickým strojkem. Pro kontrolu močení klient nosí plenkové kalhotky. K nehodám u něj dochází 2 – 3x týdně (především v noci, kdy nestihne dojít na WC). V oblasti vyprazdňování stolice klient používá laxancia, jelikož trpí zácpou. V oblasti mobility je klient schopný samostatných přesunů (na postel, křeslo, toaletu), ale potřebuje dozor. V několika případech došlo k pádu. Má k dispozici „chytré hodinky“, kterými si případně přivolá pomoc. Klient se v interiéru i exteriéru pohybuje s využitím rolátoru. V interiéru tato pomůcka pro své rozměry není zcela vhodná. Pro pohyb v exteriéru potřebuje doprovod další osoby. Zvládne ujít více než 50 m. Za dohledu, slovního podněcování a s dostatečnou časovou dotací zvládne chůzi do/ze schodů. V psychosociálních položkách FIMu klient získal 31/35 b (88,57 % = minimální slovní dopomoc/modifikovaná nezávislost). Potřebuje podněcování při řešení problémů každodenního života.

Klienta omezuje inkoordinace horních končetin. Drobné úchopy, manipulace s předměty a grafomotorika je zhoršená. Svalová síla horních končetin je povšechně snížena, výrazněji na levé horní končetině.

Prostřednictvím MoCA testu byly screeningově zhodnoceny kognitivní funkce. Klient získal 27/30 b. (spadá do pásma normy). Klient adekvátně spolupracoval, ale jeho verbální projev byl nejistý (řeč tichá, pomalá). Klient si uvědomuje omezení, která mu nemoc způsobuje. V dotazníku kvality života WHO DAS II svou životní situaci v průměru hodnotí jako těžkou (54,48%). Extrémní obtíže pociťuje v doméně „životní aktivity“. Těžké obtíže pociťuje v doménách „sebeobsluha“ (uvedl, že zůstat sám několik dní sám je pro něj nereálné) a „účast ve společnosti“.

Klient žije s manželkou v bytě (3+1) panelového domu, ve 3. patře s výtahem. Většinu dne klient tráví v obývacím pokoji, kde sedí v polohovacím křesle. Křeslo je nevhodně umístěné. Veškeré podněty (stolek, televize) přicházejí z levé strany, na kterou se uklání (přepadá). Kuchyni klient pro vaření nevyužívá. Během dne manipuluje s potravinami v lednici, nebo pro ohřátí jídla využívá mikrovlnnou troubu. Její umístění není pro klienta vhodné. Má zde ztížený manipulační prostor. Toaleta je opatřena nástavcem na WC a madlem po levé straně. V koupelně je sprchový kout s vyvýšenou vaničkou. Ve sprchovém koutě má sedačku, madla i protiskluzovou podložku. Prostor v ložnici je vyhovující. Přístup do postele má blíže dveřím. Pracovnu (dříve dětský pokoj) nyní nevyužívá – „zákaz“ od manželky, jelikož zde několikrát upadl. Vzhledem k povaze onemocnění klienta je pohyb po bytě ztížen. Hrozí riziko pádu, proto je vybaven „chytrými hodinkami“, které mají SOS tlačítko a v případě potřeby je schopný si zavolat pomoc. Před domem je 5 schodů, které za asistence další osoby a s vynaložením velkého úsilí překoná. Pohyb v exteriéru klient zvládá pouze v doprovodu další osoby. V blízkosti domu (cca 500 m) je zastávka autobusu i metra. Nyní pro transport využívá jízdu osobním automobilem na místě spolujezdce. Řídí syn, nebo dcera (manželka řidičák má, ale nejedí). V ojedinělých případech klient doprovází manželku při nákupu potravin. Domácí práce, včetně vyprání osobního prádla má na starost manželka. Klient se ani dříve příliš nezapojoval. Klient pro funkční komunikaci využívá chytrý telefon, který je spárovaný s chytrými hodinkami – zavolá, přijme hovor, využívá internet. S asistencí další osoby (má obtíže s manipulací myši/touchpadu) využívá notebook. Pro léky využívá organizér, který plní manželka. Za management financí zodpovídá manželka.

Pracovní a sociální anamnéza

Klient byl v době spolupráce v pracovní neschopnosti. Dříve pracoval v obchodě s náradím. Klientovi a jeho manželce bylo v rámci pravidelných intervencí doporučeno

zažádat o příspěvek na péči a invalidní důchod. Variantou je odchod do předčasného důchodu.

Denní režim a volnočasové aktivity

Klient vstává mezi 5.00 – 6.00. Přibližně do 10.00 leží v posteli a sleduje TV, nebo na dotykovém telefonu využívá internet. Poté proběhne ranní hygiena, přemístí se do polohovacího křesla v obývacím pokoji, kde má nachystanou snídani. Dopoledne tráví sledováním TV. Okolo jedné si přihřeje oběd připravený manželkou. Odpoledne tráví sledováním TV, poslechem hudby, vyhledáváním informací na internetu. V 18.00 přichází manželka z práce. Večer tráví čas společně – manželka se ho snaží zaměstnat v rámci přípravy pokrmů na další den (čištění ovoce/zeleniny, krájení, míchání apod.), společně večeří, povídají si. Mezi 20.00 – 21.00 probíhá celotělová hygiena, kterou z velké části obstarává manželka. Klient se ukládá k spánku přibližně po 23.00. O víkendech (ne vždy) klienta navštěvují rodinní příslušníci (klient má harmonický vztah s dětmi) a přátelé. Za příznivého počasí a v závislosti na zdravotním stavu, příležitostně chodí s manželkou na procházky. Dříve ve volném čase působil jako trenér dětského fotbalového mužstva. Mezi záliby patřila četba (detektivky) a modelářství. Po zhoršení zdravotního stavu si stěžuje na nesoustředěnost a bolesti hlavy při čtení drobného písma.

Ergoterapeutické intervence a interprofesní spolupráce

Klient je tichý a spíše pasivní. Iniciativu v rámci intervencí přebírala manželka. Uvědomuje si, že by bylo vhodné trávit čas během dne smysluplně. Klient zmínil, že nechce být pro manželku přítěž.

Spolu s klientem a jeho manželkou byly pro tříměsíční spolupráci stanoveny následující cíle:

1. Za účelem zvýšení soběstačnosti v oblasti pADL, bude klient schopný samostatně si obléct horní polovinu těla.
2. Klient bude schopný si samostatně obléct dolní polovinu těla.
3. Klient se v maximální možné míře zapojí při vykonávání celotělové hygieny.
4. Klient bude vybaven vhodnými kompenzačními pomůckami, které mu usnadní vykonávání pADL a pohyb v domácnosti.
5. Klient do svého denního režimu zařadí vhodnou volnočasovou aktivitu.

S klientem B proběhlo celkem 9 ergoterapeutických intervencí v domácím prostředí. Velice přínosná byla spolupráce s manželkou klienta. Svého manžela povzbuzovala,

motivovala a zařizovala veškeré hmotné prostředky. Do pravidelných intervencí se aktivně zapojil i syn, který zařídil přestavbu obývacího pokoje.

ad cíl 3: Na základě přání klienta – nebýt pro manželku zátěží bylo v rámci pravidelných intervencí zaměřeno na oblasti pADL. Při vstupním vyšetření FIM testu klient demonstroval průběh celotělové hygieny. Klient byl v této činnosti pasivní. Manželka klienta omyje a osuší všechny části těla. Klient byl vyzván, aby převzal v této činnosti iniciativu. Po slovním navedení byl schopný předvést omytí paží, včetně axil, hrudi, břicha a stehen. Lze tedy hodnotit, že po instruktáži je schopný tuto činnost vykonat z více než 50%. Manželka klienta byla vyzvána, aby mu umožnila maximální možnou iniciativu a podněcovala ho k větší soběstačnosti.

ad cíl 1: V rámci pravidelných intervencí proběhl trénink oblékání horní poloviny těla. Klient vstává v brzkých hodinách, aby využil pomoc manželky, než odejde do práce. Na základě předvedení a slovní instruktáže byl klient po několika pokusech schopný si triko samostatně obléct. Je zvyklý během dne nosit i mikinu na zip. Klient byl schopný si mikinu obléct, ale nezvládl zapnout zip. Uvedl, že v souvislosti s porušenou jemnou motorikou, má problém i zapnout knoflíky a zavázat tkaničky. Klient uvedl zhoršenou citlivost rukou a pocit chladných rukou. Klientovi bylo doporučeno stimulovat akra horních končetin ježkem. Na základě doporučení manželka pořídila masážní prstýnek „Su-Jok“. Pro trénink obratnosti rukou byl klientovi opatřen textilní panel, který obsahoval knoflíky, cvoky, zipy, suché zipy a tkaničky. Klient byl vyzván, aby ve volném čase zkoušel zapínání a odepínání těchto komponent. Při jedné z intervencí klient předvedl své dovednosti – krom cvoků a zavázání tkaniček, zvládl několikrát zapnout a odepnout zbylé komponenty.

ad cíl 2, 4: Během několika intervencí proběhl nácvik oblékání dolní poloviny těla. Klientovi bylo doporučeno začít v pozici sed. Klient si s velkými obtížemi natáhl nohavice do úrovně kolen. Byl vyzván, aby se postavil s oporou o rolátor a kalhoty si oblékl. Klient byl při manipulaci s kusem oděvu bez opory horních končetin nestabilní, opíral se hýžděmi o postel a nebyl tak schopný dostat kalhoty do úrovně pasu. Klientovi bylo doporučeno využít polohu leh na zádech, kdy pro přetažení kalhot přes hýždě využije bridging. Tento způsob byl pro něj namáhavý, ale efektivní. Klient i manželka byli vyzváni, aby oblékání dolní poloviny těla zařadil do ranní rutiny. V následující terapii manželka klienta potvrdila, že z velké části převzal iniciativu. Manželka klientovi triko a kalhoty nachystá a klient je schopný si tyto kusy oděvu obléct. Klient projevil zájem

samostatně si obléct ponožky. Byla mu předvedena modifikovaná varianta s využitím ručníku. Klient ručník správně nastavil, relativně správně ponožku navlékl, ale obléct ponožku se mu nepodařilo. Klientovi byl představen navlékač ponožek. Díky této pomůckě byl schopný si ponožky samostatně obléct. Manželka navlékač ponožek zakoupila. Klientovi pořídila i spirálové tkaničky do bot. Boty je klient schopný si obout za pomoci dlouhé lžice, ale zavázat tkaničky vzhledem k porušené jemné motorice a nízké poloze (klient po delší době v předklonu trpí vertigem) nezvládne. Spirálové tkaničky se u klienta osvědčily.

ad cíl 5: Klient většinu dne tráví v polohovacím křesle v obývacím pokoji. Křeslo je nevhodně umístěné. Na doporučení manželka křeslo přemístila tak, aby bylo naproti televizi a stolek, který klient využívá na odkládání věcí, byl umístěn po pravé straně. Klientovi bylo doporučeno polohování s využitím polštářů a overballu, aby zamezil úklon na levou stranu. Jedním ze stanovených cílů bylo zařadit vhodné volnočasové aktivity do klientova denního/týdenního programu. V souvislosti s jeho zájmy byly klientovi poskytnuty audioknihy, které si uložil do svého telefonu. Za tuto možnost trávení volného času byl klient velice vděčný. Manželka klienta apelovala na zařazení i fyzicky náročnějších aktivit. Na základě doporučení fyzioterapeuta byla sestavena cvičební jednotka – zahrnovala cviky v leže, v sedě, s využitím overballu a therabandu s cílem celkové aktivizace a posílení trupu. Klient byl vyzván, aby si vedl cvičební deník, který bude manželce předkládat ke kontrole. Psaní deníku se osvědčilo i pro trénink grafomotoriky a jemné motoriky. V souvislosti se zlepšením v oblasti grafomotoriky byly klientovi poskytnuty „jednotažky“. Klient zařadil do svého denního programu luštění křížovek a osmismerek. V souvislosti se zlepšením v oblasti jemné motoriky byly klientovi poskytnuty papírové modely letadel – dříve se věnoval modelářství.

ad cíl 4, 5: Klientovi se naskytla příležitost každé úterý využít asistence dcery rodinné přítelkyně. Šlo o sedmnáctiletou slečnu, navštěvující 3. ročník gymnázia. Slečna má ambice se po střední škole hlásit na obor fyzioterapie. Pravidelná asistence byla symbolicky finančně ohodnocena. Klientovi bylo navrženo využít tento typ asistence pro pohyb v exteriéru. V rámci ergoterapeutické intervence proběhl trénink mobility v exteriéru s oporou o rolátor. Zároveň byla asistentka zaškolená, jakým způsobem klientovi dopomoc. Klient potřeboval dopomoc při chůzi do/ze schodů a při překonávání nerovností v terénu. Rolátor se osvědčil jako vhodná pomůcka pro lokomoci v exteriéru. Klientovi bylo doporučeno pro pohyb v interiéru poříditi dvoukolové chodítko. Rolátor

byl pořízen před rokem, klient tak neměl nárok na poukaz a příspěvek od pojišťovny. Dvoukolové chodítko manželka klienta pořídila na vlastní náklady. Klient uznává komfortnější pohyb v interiéru.

Aktivní trávení volného času manželku inspirovalo k celkové přestavbě obývacího pokoje. Do rekonstrukce byl zapojen syn – jeho blízký přítel je architekt. Architekt byl informován ohledně stavu klienta. Podlahové krytiny, nábytek a jeho rozmístění bylo voleno tak, aby bylo prostředí pro klienta facilitující. Klient po dobu rekonstrukce absolvoval dvoutýdenní lázeňský pobyt v Jánských lázních.

Zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu ergoterapeuta

Na základě pozorování, neformálních rozhovorů a analýzy zápisů z jednotlivých intervencí lze z pohledu ergoterapeuta shrnout fungování interprofesní spolupráce u klienta B. Konkrétní situace a jejich podrobná prezentace se nachází v příloze č. __.

Tabulka 3: Interprofesní spolupráce B

člen	způsob spolupráce	výsledek
manželka	přímá spolupráce, člen interprofesního týmu	angažovanost v rámci interprofesní spolupráce; motivace klienta, plnění doporučení a instrukcí; pořízení kompenzačních pomůcek
ergoterapeut	konzultace v rámci Kliniky rehabilitačního lékařství	na základě doporučení došlo k navázání spolupráce s klientem; poskytl odbornou konzultaci ohledně pořízení kompenzačních pomůcek
asistent	Přímá spolupráce, člen interprofesního týmu	instruktáž v souvislosti s dopomocí klientovi při pohybu v exteriéru; aktivní trávení volného času klienta
syn	přímá spolupráce; konzultace ohledně rekonstrukce	vytvoření facilitujícího domácího prostředí

Subjektivní hodnocení interprofesní spolupráce z pohledu klientky

Zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu klienta proběhlo na základě analýzy semi-strukturovaného rozhovoru, ze kterého vyplynulo následující:

Pozn. Klient byl v rámci pravidelné tříměsíční spolupráce velice tichý a často pasivní. Tomu odpovídá i semi-strukturovaný rozhovor. Jeho odpovědi byly strohé, mluvil velmi potichu a výpovědi byly mnohdy nesrozumitelné.

Po příchodu do domácího prostředí byla pro klienta nejdůležitější péče a podpora manželky. „*Nejvíce mi pomáhala samozřejmě manželka. Pořád o mě pečuje.*“ Když měl klient uvést, zda mu něco po příchodu chybělo, zmínil, že nedošlo k včasnému zahájení rehabilitace. „*No asi to, že se dlouho nic nedělo. ... Nebyl jsem na tom ještě takhle, ale nikde jsem ze začátku nedocházel. To až teď, až když jsme se obrátili na Albertov.*“ Klient nemá potřebu vzhledem k fungování v domácnosti cokoliv měnit, konkrétně uvádí: „*Ted' už nic. Manželka, tak ta mě už nechává. Myslím tím dělat více věcí.*“ Zaznamenal vyšší míru soběstačnosti a to ho těší.

Ke klientovi pravidelně po dobu tří měsíců docházel ergoterapeut. Přibližně před měsícem ke klientovi začala pravidelně docházet asistentka. Když byl dotazován, zda k němu docházel někdo i dříve, tvrdil, že nikoliv. Až po připomenutí si uvědomil domácí návštěvu odborníků z Kliniky rehabilitačního lékařství, na základě které následně byla doporučena zde popisovaná tříměsíční intervence v domácím prostředí.

Následující otázky v rozhovoru byly zaměřeny na interprofesní tým a jeho fungování. Klient se měl podrobněji vyjádřit k ergoterapeutovi. Jeho práci hodnotil takto: „*Velice prospěšná. To se konečně někdo staral a něco se dělo.*“ Věnovaný čas klient hodnotil jako naprosto dostačující a komunikaci s ergoterapeutem ohodnotil jako výbornou. Klient zpočátku nevěděl, jak má odpovědět, v čem konkrétně mu ergoterapie pomohla. (pozn. do rozhovoru se zapojila i manželka – M; klient - K) „*M: No třeba to že jsme pořídili ty pomůcky a to chodítko ne? Vem si, že teď se i sám oblíkneš. I ponožky už ti jdou. K: Jo, tak tohle. Ještě taky úplně ze začátku jste mi dala do telefonu ty knížky. ... To by mě nenapadlo, jak to bude fajn.*“

Ačkoliv se nejednalo vysloveně o odborníka v oblasti rehabilitace, stejné otázky byly kladeny v souvislosti s mladou asistentkou. Lze ji považovat rovněž za součást týmu, který s klientem spolupracoval. Její práce je pro klienta velice prospěšná. Čas, který klientovi věnuje je naprosto dostačující a i komunikace s ní je dle klienta výborná. „*To ta moje žena. Ta mi prostě pomáhá, jak se jen dá. Sehnat někoho jako je Jitka (pozn. asistentka) ... S ní se dostanu přes den ven. I ona mě nutí cvičit. Ona bude podle mě taky*

taková ... no jako vy. “Dále klient uvedl, že se věnují luštění křížovek, hrají karty, pomáhá mu s psaním na PC a vaří. „*To už je takový zvyk, že manželce přichystáme svačinu.*“

Žádný další odborník ke klientovi pravidelně nedochází. Klient nenavštěvuje žádné ambulantní zařízení. Proto nevěděl, jak odpovědět na otázky ohledně spolupráce mezi odborníky. Jako příklad mu byla uvedena spolupráce mezi ergoterapeutem a odborníky z Kliniky rehabilitačního lékařství a taky spolupráce s asistentkou. Obecně se o spolupráci vyjádřil kladně. „*No tak ... vůbec to, že k tomu všemu došlo. Že jste tady mohly za mnou chodit. ... Je pravda, že by Jitka asi nevěděla co a jak, tak že jste jí to mohla ukázat. ... Dále už asi nevím.*“ Žádné další postřehy a připomínky klient neměl.

Zhodnocení cíle 1

Klient se od vstupního vyšetření **ve FIM testu zlepšil v položce koupání o jeden bod.** Nyní potřebuje mírnou asistenci. **Činnost zvládne vykonat z více než 50%.** Ke zlepšení došlo pouze na základě slovní instruktáže klienta a manželky. Klient byl pasivní, veškerou iniciativu přebírala manželka. Cílem klienta bylo „nebýt přítěží pro manželku“. Manželka klienta byla v souvislosti vykonáváním pADL navedena, aby mu umožnila maximální možné zapojení. Úspěšné zvládnutí pADL může mít pro klienta pozitivní vliv na jeho psychický stav. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 2

Od vstupního vyšetření se klient **v testu FIM o bod zlepšil i v položce oblékání horní poloviny těla.** Nyní **nepotřebuje fyzickou pomoc,** manželka klientovi oblečení pouze nachystá. Klient potřebuje dostatek času. Na základě tréninku jemné motoriky je schopný zapnout/odepnout zip i knoflíky. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 3

Ke zlepšení došlo i v položce **oblékání dolní poloviny těla.** Klient se **od vstupního testu FIM zlepšil v této položce o 2 body.** Klient byl během intervencí instruován, zpočátku i manuálně naváděn. Při výstupním hodnocení činnost předvedl bez fyzické dopomoci. Přínosná pro něj byla motivace ze strany manželky. Klient si zvládl s využitím navlékače obléct i ponožky. S využitím dlouhé lžice byl schopný si obout sportovní obuv (využívá v exteriéru) opatřenou spirálovými tkaničkami. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 4

Klientovi byly pro usnadnění vykonávání především pADL **doporučeny kompenzační pomůcky**. Manželka klienta pořídila – švédský podavač, navlékač ponožek, spirálové (samozavazovací) tkaničky a dvoukolové chodítko pro pohyb v interiéru. Klient veškeré pomůcky během dne využívá. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 5

Klient tráví většinu dne sám (manželka bývá do 18.00 v práci). Než došlo k pravidelným intervencím, náplní dne bylo sledování TV a využívání internetu. Klientovi byly na základě jeho zájmů navrženy **možnosti trávení volného času**. S velkou vděčností uvítal **audioknihy**, které byly nahrány do jeho mobilního telefonu. V souvislosti s tréninkem jemné motoriky mu bylo doporučeno, aby se pokusil vrátit k alternativní variantě z předchozích zájmů – **modelářství**. Klientovi byly zprostředkovány papírové modely letadel. Klient uvedl, že v krátkých časových intervalech během dne se této činnosti věnuje. Manželka klientovi pořídila knihu, která obsahuje návody na skládání z papíru – origami. Angažovanost manželky vedla i k nastavení cvičební jednotky. **Klient si vede cvičební deník**, který funguje jako zpětná vazba. Velice prospěšné z hlediska splnění cíle bylo **zapojení „asistentky“** (rodinné známé, studentky gymnázia). Asistentka dochází ke klientovi pravidelně jednou týdně. **Tráví spolu čas v domácnosti** – příprava jednoduchého pokrmu, hraní společenských her, zmiňované modelářství, luštění křížovek apod. Asistentka byla instruována, jak klientovi dopomoci **v exteriéru**. Asistentka s klientem chodí na procházky. **Došlo ke splnění cíle.**

Souhrn:

Na základě pravidelné tříměsíční spolupráce **se podařilo naplnit všechny ze stanovených cílů**. Klient se zlepšil hned v několika položkách pADL (koupání, oblékání horní i dolní poloviny těla). Při výstupním hodnocení se klient **ve fyzických položkách FIMu zlepšil o 4 body**. V kognitivních položkách nedošlo k žádným změnám. V celkovém hodnocení FIM testu **získal 93/126 b. (73,81% = mírná asistence)**, v porovnání se vstupem, kdy měl 89/126 b. (70,63% = mírná asistence). Podíl na tom měla manželka, která klienta motivovala a na základě doporučení mu umožnila větší zapojení. Velice přínosné bylo zapojení „asistentky“, která klienta pravidelně navštěvuje. Klient má možnost smysluplně trávit volný čas.

Závěr a doporučení:

Klient byl zpočátku během ergoterapeutických intervencí pasivní a iniciativu přebírá manželka. Možnosti pravidelných intervencí v domácím prostředí si velmi cenili. Nabízené rady a doporučení přijímali s vděčností. Velkou zásluhu na zlepšení klientova stavu (fyzického i psychického) měla angažovanost manželky. Manželka klienta motivovala, pořizovala doporučené pomůcky, zajistila klientovi asistentku a spolu se synem uskutečnila rekonstrukci obývacího pokoje, kde klient tráví nejvíce času.

Onemocnění klienta má progresivní charakter. Klientovi bylo doporučeno, aby dodržoval nastavenou cvičební jednotku. Vhodné by bylo, aby klient pravidelně docházel ambulantně na ergoterapii a fyzioterapii. Klient by měl alespoň jednou ročně využít intenzivního rehabilitačního programu. Do budoucna bude s největší pravděpodobností potřeba uvažovat o pořízení mechanického/elektrického vozíku. Při jeho pořízení by se měl klient obrátit na ergoterapeuta.

2.6.3 Případová studie 3 (Klient C)

Základní diagnóza a osobní anamnéza

Klient C je 43 letá žena (ročník 1974), které byl diagnostikován recidivující tumor mozku. V roce 2005 podstoupila operaci frontálně uloženého astrocytomu, kdy nastaly komplikace, a došlo k výrazné devastaci mozkové tkáně, která se nyní jeví jako obraz centrální hemiparézy až hemiplegie s akcentací na LHK. Klientka byla 2 měsíce v pooperačním kómatu a do roku 2007 byla hospitalizována. Od roku 2007 žije v domácím prostředí s rodiči. Několikrát absolvovala rehabilitační ústavní péči a navštěvovala denní stacionář v rámci Kliniky rehabilitačního lékařství. Z osobní anamnézy je důležité zmínit, že v roce 2008 měla klientka pertrochanterickou frakturu levého femuru, v roce 2014 došlo k fraktuře diafýzy téže kosti, podstoupila deliberační operaci ankylózy loketního kloubu na pravé horní končetině a v roce 2012 prodělala implantaci shuntu pro syndrom nitrolební hypertenze. Klientka má dominantní pravou horní končetinu. Nedominantní levá horní končetina je plegická se spastickou dystonií a poruchou povrchového i hlubokého cití. Levostranné postižení negativně ovlivňuje vykonávání ADL.

Soběstačnost a bytová situace

Klientka bydlí v bytě s rodiči. Při vstupním ergoterapeutickém vyšetření klientka získala v testu FIM 88/126 b. (69,84% = mírná asistence). V motorických položkách získala 61/91 b. (67,03% = mírná asistence), kdy nejproblémovější oblastí je lokomoce. Klientka nezvládne chůzi do/ze schodů. Při jízdě na vozíku v exteriéru potřebuje doprovod další osoby, proto byla tato položka hodnocena pěti body. Mírnou asistenci klientka potřebuje i při přesunu do sprchového koutu. V oblasti osobní hygieny je klientka maximálně závislá na pomoci další osoby (nejčastěji matky) v položce koupání. V položkách oblékání horní i dolní poloviny těla vyžaduje minimální asistenci. V psychosociálních položkách získala 27/35 b. (77,14 % = minimální slovní dopomoc). Nejnižší hodnocení získala v položce „paměť“ – potřebuje mírnou slovní dopomoc. Sama klientka pocítuje problémy s krátkodobou i dlouhodobou pamětí. Tento deficit se projevil během dlouhodobé spolupráce. Položka „řešení problémů“ byla ohodnocena čtyřmi body, jelikož klientka při obtížnějších úkonech potřebuje dopomoc další osoby. Matka klientky dodala, že nemá adekvátní náhled na svou situaci. Pro screeningové zhodnocení kognitivních funkcí byl využit MoCA test, ve kterém klientka získala 25/30 b. (značí

mírný kognitivní deficit). Klientka byla v rámci intervencí spolupracující a výzvám se snažila vyhovět. Subjektivně lze hodnotit zhoršenou koncentraci a pozornost. Pro zhodnocení kvality života byl využit dotazník WHO DAS II. Svou životní situaci klientka hodnotí jako středně obtížnou. Těžké potíže pociťuje v doméně „mobilita“ (je pro ni extrémně obtížné/nelze provést vydržet stát delší dobu, vyjít ven z domu a ujít delší vzdálenost). Jako extrémně obtížnou hodnotí i položku „sexuální aktivity“. V souvislosti s tím se klientka zmínila o svém příteli a negativním postoji rodiny, který bude zmíněn níže.

Klientka žije s rodiči v okrajové části Prahy, v bytě dispozice 2+1, v činžovním domě ve zvýšeném přízemí. Do zvýšeného přízemí vede 12 schodů, které zvládne zdolat prostřednictvím plošiny a za asistence další osoby. Byt prošel částečnou rekonstrukcí. Úpravy byly provedeny v koupelně, která se spojila s WC. WC bylo opatřeno madly, prostor pod umyvadlem byl upraven tak, aby k němu mohla klientka komfortně najet s vozíkem. Sprchový kout byl opatřen sedačkou a madly. Sprchový kout má malý schůdek, který je však klientka s asistencí další osoby schopná překonat. Klientka obývá pokoj s matkou. Má zde k dispozici polohovací postel s hrazdičkou. Přístup do postele má z pravé strany od okna. Je zde relativně malý manipulační prostor, ale klientce to tak vyhovuje. Vedle postele je rozkládací gauč, na kterém spává matka. Naproti postele je malý pracovní stůl, na který navazuje úložný prostor. Kuchyň klientce vyhovuje. Spotřebiče, které využívá má v dosahu. Dalším pokojem v bytě je obývací pokoj, který otec zároveň využívá jako ložnici. Byt je celkově malý, velmi stísněný, ale klientka je na tuto situaci již zvyklá. V interiéru se samostatně pohybuje na mechanickém vozíku, nebo s asistencí ujde krátkou vzdálenost s oporou o vysoké chodítko. Při pohybu v exteriéru je vezena další osobou na mechanickém vozíku, nebo za přítomnosti další osoby ovládá elektrický vozík. Ten je umístěn ve sklepních prostorách domu. Při pohybu v exteriéru a při vykonávání iADL je závislá na rodinných příslušnících. Pro transport využívá osobní automobil, který řídí otec, nebo bratr. V ojedinělých případech využívá služeb handicap taxi a ve výjimečných případech využívá nízkopodlažní MHD (nejčastěji za doprovodu matky). Nákup potravin a vyprání osobního prádla obstarává rodina klientky. Klientka se částečně podílí na přípravě pokrmu (zvládne uvařit kávu/čaj, matka ji zapojuje do přípravy pokrmů – očištění ovoce/zeleniny, krájení, míchání apod.). V rámci týdenního programu plní povinnosti v domácnosti (vysává a utírá povrch nábytku). Pro funkční komunikaci používá mobilní telefon. Zavolá i přijme hovor a s obtížemi zvládne napsat

sms. Klientka využívá notebook pro vyhledávání informací na internetu a vyřízení e-mailové korespondence. Management léků klientka obstarává samostatně. Hospodaření s penězi má na starost matka, které je svěřena plná moc. Klientka má dvě dcery (školou povinné), které jsou v péči otce. Klientka se však finančně podílí na hrazení soukromé střední školy.

Pracovní a sociální anamnéza

Klientka dříve pracovala jako zdravotní sestra. V současné době pobírá invalidní důchod 3. stupně, příspěvek na péči 3. stupně, příspěvek na bydlení a příspěvek na mobilitu. Lze předpokládat, že rodina klientky je na příspěvcích závislá (matka pracuje pouze několik hodin týdně a otec je zaměstnán na částečný úvazek jako skladník).

Denní režim a volnočasové aktivity

Klientka je zvyklá trávit volný čas aktivně. Vyhledává aktivity nabízené sdruženími a spolky, např.: tvůrčí psaní, dramatický kroužek, kreslení/malování apod. Je však závislá na odvozu rodičů. V domácím prostředí tvoří šperky. Klientku pravidelně navštěvují dcery, se kterými má dobrý vztah. Má zájem trávit čas s přítelem (rodiče v tomto klientku nepodporují) a pouze v ojedinělých případech se spolu dostanou mimo domov klientky (kavárny, divadla, kino apod.). Jednou týdně ke klientce dochází fyzioterapeut. Režim dne je pravidelný. Vstává mezi 7.00 – 8.00, poté probíhá ranní hygiena, snídá. Dopoledne tráví čas četbou, sledováním TV, poslechem hudby a občas ji matka zapojuje do přípravy oběda. Rodina obědvá okolo jedné. Klientka se snaží každý den cvičit. Dodržuje cvičební jednotku zadanou fyzioterapeutem. Odpoledne si čte, luští křížovky, sleduje TV. Večeří mezi 19.00 – 20.00 a usíná okolo desáté.

Ergoterapeutické intervence a interprofesní spolupráce

Klientka se snaží být aktivní, dodržuje pravidelný režim a poctivě cvičí. V oblasti soběstačnosti si klientka přeje zvládnout obléct podprsenku – dříve již tuto činnost v rámci denního stacionáře trénovala. Dále zmínila, že není schopná si obout levou botu a ráda by tuto činnost trénovala. V rámci dotazníku WHO DAS 2 se klientka rozpovídala o partnerovi, se kterým plnohodnotný partnerský život je prakticky znemožněn. Dle jejích slov „maminka to nedovolí“.

Spolu s klientkou byly pro tříměsíční spolupráci stanoveny následující cíle:

1. Za účelem zvýšení soběstačnosti v oblasti pADL bude klientka schopná samostatně si obléct podprsenku (alespoň sportovní).

2. Klientka bude schopna obout si levou botu.
3. Klientka si osvojí kompenzační mechanismy, které jí pomohou s deficitem v krátkodobé i dlouhodobé paměti. Klientka bude dodržovat domluvené termíny schůzek a naplánovaných volnočasových aktivit.
4. Ve spolupráci s fyzioterapeutem dojde ke zvýšení aktivního/pasivního rozsahu pohybu v kyčelním kloubu na levé dolní končetině pro zlepšení funkčních rozsahů (např. pro sexuální aktivity).
5. Cílem bude spolupracovat s rodinou klientky, které budou předány dostatečné informace k získání náhledu na situaci v oblasti klientčina partnerského života.
6. V souvislosti s vykonáváním iADL a trávením volného času, budou hledány možné alternativy transportu, tak aby klientka nebyla plně závislá na rodině.

V průběhu 3 měsíců bylo uskutečněno celkem 11 ergoterapeutických intervencí v domácím prostředí. Komunikace a předávání potřebných informací probíhalo také prostřednictvím e-mailů, telefonních hovorů a sms.

Do terapie byla zapojena i rodina klientky, se kterou sdílí domácnost. Snahou bylo navázat spolupráci i s přítelem klientky, k čemuž pro desinformace v komunikaci nedošlo. Velice přínosná byla spolupráce s fyzioterapeutem, který s klientkou spolupracuje již dlouhodobě. Pro doplnění potřebných informací byl prostřednictvím e-mailu kontaktován i ergoterapeut a psycholog z Kliniky rehabilitačního lékařství, kteří měli klientku v péči.

ad cíl 2: Ergoterapeutické intervence byly zpočátku zaměřeny na zlepšení soběstačnosti v oblasti pADL. S klientkou proběhl nácvik obouvání levé boty, s využitím švédského podavače a dlouhé lžice. Pro nácvik byla zvolena otevřená obuv – sportovní sandály. Jak se v následující terapii ukázalo, uzavřenou obuv klientka nebyla schopna obout. Ve všech pokusech potřebovala fyzickou pomoc.

Ad cíl 1: V oblasti oblékání klientka projevila zájem v tréninku oblékání podprsenky. Tuto činnost trénovala s ergoterapeutem již v rámci denního stacionáře. Doposud tuto činnost nevykonala bez fyzické pomoci. Nejspíš i vlivem klidného známého prostředí a po překonání prvotního ostychu, byla klientka schopna si po několika pokusech podprsenku samostatně obléct. Zpočátku bylo potřeba slovního vedení i mírné fyzické pomoci. Klientka byla vyzvána, aby v co největší míře převzala iniciativu v oblasti oblékání horní i dolní poloviny těla.

ad cíl 4: Při plánování intervencí klientka zmínila pravidelnou cvičební jednotku s fyzioterapeutem (který dochází do domácího prostředí). Ten byl telefonicky

kontaktován a souhlasil s navázáním spolupráce. V rámci následující intervence bylo cílem zjistit náplň pravidelných fyzioterapeutických intervencí. Fyzioterapeut se zaměřil na uvolnění a protažení levostranných končetin, uvolnění krční oblasti, proběhla vertikalizace do stoje s oporou o vysoké chodítko a chůze ve vysokém chodítku. Fyzioterapeut provedl akupunkturu (má vzdělání v čínské medicíně) a aplikoval kinesiotep na ruku a předloktí levé horní končetiny. Při ovlivnění levé dolní končetiny klientka zmínila omezení při pokusu o vykonávání sexuálních aktivit. V souvislosti s tím se ergoterapeut do intervence zapojil. Fyzioterapeut zmínil, že touto problematikou se klientka zabírala již několikrát. Nebyl však schopný jí odpovědět jinak, než že to má zkoušet. Klientka podotkla, že to bohužel není možné. Rodina klientku v partnerském vztahu nepodporuje. Klientce bylo navrženo, že by řešení partnerské situace v souvislosti s negativním přístupem rodiny mohlo být jedním z cílů následujících intervencí. Mimo jiné proběhla v rámci interprofesní spolupráce jistá demonstrace a představení vhodných sexuálních poloh, kdy bylo čerpáno z doporučení pro osoby s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Fyzioterapeut shledal jako velice potřebné zabývat se touto problematikou, ale přiznal, že se necítí být v této oblasti kompetentní.

ad cíl 5, 6: V rámci intervencí klientka zmínila zájem osamostatnit se od rodičů. Východisko shledává v asistovaném/sociálním bydlení. Na základě těchto nových informací byl prostřednictvím e-mailu kontaktován ergoterapeut z Kliniky rehabilitačního lékařství. Dle jeho názoru k realizaci nedošlo pro negativní přístup rodinných příslušníků a nepříznivé finanční situaci. Ergoterapeut zmínil, že tato situace byla intenzivně řešena i s psychologem z Kliniky rehabilitačního lékařství, který byl taktéž kontaktován. Sdělil, že osamostatnění klientky výrazně nedoporučuje a stávající situaci ohledně bydlení považuje za nevyhnutelnou – klientka nemá objektivní náhled na situaci, soustředí se pouze na zvládání pADL a zcela opomíjí iADL. Dle něj klientka nemá reálnou představu o své finanční situaci. Vzhledem k choulostivé povaze těchto témat, byla klientce navržena intervence mimo domov. Ergoterapeut v tomto případě zastal úlohu osobního asistenta, kdy klientku vyzvedl před domem, doprovodil na zastávku MHD (klientka byla vezena na mechanickém vozíku), pomohl jí s nástupem/výstupem do/z nízkopodlažního vozu tramvaje a doprovodil ji do kavárny. Ergoterapeut zvolil kavárnu s bezbariérovým přístupem v blízkosti zastávky MHD. Klientka byla vyzvána, aby zhodnotila svou bytovou situaci. Konkrétně pak byla dotazována, jak by zvládala financování asistovaného bydlení. Potvrdilo se, že klientka

nemá přehled o všech příjmech a především výdajích. Projevovala smíšené emoce ohledně rodinných příslušníků, se kterými sdílí domácnost. Na jednu stranu je vděčná za jejich péči, na druhou stranu ji rozčiluje chybějící soukromí. V souvislosti s tím opět zmínila potřebu určité partnerské intimity. Přínosná by v tomto případě byla přítomnost přítele klientky, který se však nedostavil. Klientka byla za možnost absolvovat terapii mimo domácí prostředí vděčná a uznala, že osobní asistence je vhodnou alternativou pro pohyb v exteriéru (včetně transportu prostřednictvím MHD). Klientce byly e-mailem zaslány potřebné informace ohledně možností využití osobní asistence v Praze. Pro objasnění partnerského vztahu klientky byla kontaktována matka, která souhlasila se zodpovězením otázek. Rozhovor byl neformální, kdy otázky byly zpočátku zaměřeny na průběh klientčina onemocnění. Matka byla tážána, zda rodina neuvažovala o přestěhování do větších prostor – zde zmínila nedostatek financí. Ohledně finanční situace se matka klientky nechtěla příliš bavit (jak bylo zmíněno výše, matka pracuje pouze několik hodin týdně a otec je zaměstnán na částečný úvazek jako skladník). V rámci rozhovoru bylo poukázáno na možnost asistovaného/sociálního bydlení. Matka tuto variantu nepřipouští, dle ní je klientka nesoběstačná a nemá náhled na svou situaci. Matka byla vyzvána, aby vyjádřila svůj názor ohledně klientčina přítele. Překvapujícím zjištěním byl fakt, že jejich vztah nepovažuje za milostný. Matka byla informována, že klientka během terapií zmínila vyrušení během pokusu o sexuální styk. V souvislosti s tím matka pouze odmítavě kroutila hlavou. Klientce byla podána určitá zpětná vazba, kdy bylo dbáno, aby matka nebyla nijak očerněna. Klientce bylo sděleno, že pro řešení této situace není ergoterapeut zcela kompetentní. Jednou z možných variant se zdejevilo oslovení agentury, která zprostředkovává sexuální asistenci. Klientce byl zhruba představen koncept této metodiky a možné varianty. Z pohledu ergoterapeuta by byla přínosná konzultace/poradenství/koučink se sexuálním asistentem. Prostřednictvím e-mailu byly klientce zaslány materiály a odkazy na webové stránky, které se zabývají sexuální asistencí – „Rozkoš bez rizika“ a „Freya“.

ad cíl 3: Klientka zpočátku nebyla schopná dodržet termíny naplánovaných terapií. V rámci jedné z intervencí byly klientce navrženy možné kompenzační mechanismy. Souhlasila s nastavením upozornění do mobilního telefonu, který ji každý den informoval o překontrolování „deníčku“. Klientka uvedla, že velký problém shledává v domlouvání termínu prostřednictvím telefonních hovorů. Během volání si není schopná poznačit naplánované datum a po ukončení hovoru jej zapomene. Klientce bylo navrženo, aby

dotyčného v rámci hovoru požádala o zaslání sms s datem, nebo se případně sama po skončení hovoru sms zprávou utvrdila. Tuto strategii si však neosvojila.

Zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu ergoterapeuta

Na základě pozorování, neformálních rozhovorů a analýzy zápisů z jednotlivých intervencí lze z pohledu ergoterapeuta shrnout fungování interprofesní spolupráce u klientky D. Konkrétní situace a jejich podrobná prezentace se nachází v příloze č. _.

Tabulka 4: Interprofesní spolupráce C

člen	způsob spolupráce	výsledek
fyzioterapeut	interprofesní spolupráce v domácím prostředí klientky	možnost konzultovat ohledně fyzických schopností klientky a jejich dosavadních cílech a plánech; řešení omezení hybnosti v oblasti kyčelního kloubu, který klientku limituje nejen při sexuálních aktivitách
ergoterapeut	konzultace prostřednictvím e-mailu	doplnění informací ohledně jejich dřívější spolupráce s možností navázání na předchozí snažení – konkrétně v oblasti samostatného bydlení, zabezpečení vhodné návaznosti na dosavadní intervence
psycholog	konzultace prostřednictvím e-mailu	objasnění problematiky samostatného bydlení, kdy psycholog toto výrazně nedoporučuje pro neschopnost klientky objektivního náhledu na svou situaci
matka	osobní setkání v domácnosti; telefonní hovory při plánování intervencí; rozhovor	matka je negativní vůči milostnému vztahu své dcery; při řešení problematiky samostatného bydlení taktéž zaujímá negativní postoj
osobní asistent	bez přímé spolupráce; klientce byly předány potřebné informace prostřednictvím e-mailu	ergoterapeut demonstroval úlohu osobního asistenta; klientka do budoucna uvažuje o využití asistenčních služeb
sexuální asistent	bez přímé spolupráce; klientce byly předány potřebné informace prostřednictvím e-mailu	klientka se během pravidelné spolupráce nerozhodla, zda tyto služby využije

Subjektivní hodnocení interprofesní spolupráce z pohledu klientky

Zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu klientky proběhlo na základě analýzy semi-strukturovaného rozhovoru, ze kterého vyplynulo následující:

Po příchodu do domácího prostředí klientce nejvíce pomohla rodina, která jí zprostředkovala potřebné pomůcky, zázemí, odbornou pomoc a poskytla veškerou péči. „*Samozřejmě rodiče, ty jsou úplně skvělí, nebýt jich určitě bych nebyla v takovýhle kondici ... No dělají pro mě všechno. Že mi jako všechno zařizují ... Pořádili mi polohovací postel ... tak ta polohovací postel mi hodně pomohla.*“ Při otázce, zda klientce po příchodu do domácího prostředí něco chybělo, odpověděla, že chlap a začala hovořit o současných problémech. Doplnujícími otázkami byla navedena, aby se zaobírala dobou po propuštění z nemocnice. Klientka zmínila, že jí chyběla určitá míra intimity a pociťovala bezmoc, kdy opět byla závislá na péči matky: „*Největší problém tenkrát bylo, že jsem měla plenu, takže to byl problém, že mě mamka musela přebalovat.*“ V rámci rozhovoru zazněla i otázka, zda je něco, co by klientka chtěla vzhledem k fungování v domácnosti změnit. Klientka opět zmínila touhu osamostatnit se od rodičů: „*Přemýšlím. Já mám furt takové zaječí úmysly, že bych přehla do nějakýho asistovaného bydlení.*“

Za klientkou pravidelně docházeli fyzioterapeuti a v posledních třech měsících ergoterapeuti.

Spolupráci s ergoterapeutem klientka hodnotila jako spíše prospěšnou. Aby pro ni byla spolupráce velice prospěšná, muselo by dojít k naplnění jednoho z cílů. „*Naučit obouvat tu levou nohu, protože to je největší problém. Kvůli tomu jsem jednou spadla u záchodu ...*“ Čas, který jí byl ergoterapeutem věnován, hodnotí jako průměrný. Komunikace byla dle klientky výborná. Když byla tážána, v čem konkrétním jí ergoterapeut pomohl, uvedla: „*No, tak já bych řekla, že rozhodně v oblíkání. Protože předtím jsem se neoblíkla vůbec. Ted' když to mám připravený, tak se většinou oblíknu celá i s podprdou. ... S tou pamětí, ted' mi chodí upozornění. A ještě si myslím, že jak jsme byli v kavárně, že jsme si to spolu pěkně natrénovaly. To abych pak mohla zkoušet i s někým jiným.*“

Spolupráci s fyzioterapeutem hodnotí klientka velmi pozitivně. Spolupráce s ním byla pro ni velice prospěšná, čas, který jí byl věnován, byl pro ni spíše dostačující. Komunikace s ním byla výborná. Při dotazu v čem konkrétně jí pomohl, odpověděla: „*Ve všem! V Albertově mě fyzioterapeutka postavila na nohy a začaly jsme chodit o ty tříbodový holi ... Prostě všichni fyzioterapeuti co se mnou pak i doma cvičili, mě prostě rozhýbali a díky nim funguju, tak jak funguju.*“

Další koho klientka zmínila, byla principálka z dramatického kroužku, který navštěvovala v rámci Ergoaktivu. „...je to taková aktivní žena ... ona je prostě skvělá.“ Spolupráce s ní byla pro klientku velice přínosná, komunikace byla výborná a čas, který jí byl principálkou věnován, byl naprosto dostačující. Přínos spolupráce klientka shledává v získání sebedůvěry. „*Já bych řekla v takový nějaký, jakože sebedůvěře, nebo jak bych to řekla, že prostě si o něco víc věřím, že něco dokážu.*“

V rámci rozhovoru zazněly i otázky týkající se interprofesní spolupráce. Klientce bylo připomenuto, že k takové spolupráci došlo právě s fyzioterapeutkou, která k ní pravidelně dochází. Ke spolupráci se klientka vyjádřila následovně: „*Já si myslím, že ta spolupráce byla dobrá. ... Konečně se řešil ten sex.*“ Na práci odborníků klientce nic nevadilo. „*Já myslí, že ne, všichni byli skvělí. ... Bylo to štěstí v neštěstí, že jsem natrefila na dobrý lidi.*“ Pozitiva spolupráce shledává ve znovunabytí schopností pohybu, který pak může zúročit v rámci ADL a volnočasových aktivit. Klientka uvedla: „*Rozhodně, to že jsem pracovala s těma fyzioterapeutama, který mě naučili si stoupat. Tak to mi vlastně pomohlo v tom divadle, že tam si můžu stoupnout a víc rozvíjet tu roli. No a celkově když jsem rozcvičená po všech stránkách, můžu dělat více věcí. Jakože i doma, postarat se o sebe a tak.*“ Klientka si není vědoma žádných negativních faktorů, které by mohla spolupráce přinést. V závěru podotkla: „*Je to divný, že i když jsem takový mrzák, mám všechno takový pozitivní. Mám pocit, že mi všichni pomáhají. I vy, že jste tady chodila a trénovala různé věci. To už jsem se i bála, že už nikdy nebude.*“

Zhodnocení cíle 1

Klientka se od vstupního testu FIM zlepšila v položce „oblékání horní poloviny těla“ o 2 body. Klientka si dříve nebyla schopná bez fyzické dopomoci obléct podprsenku. Na základě instruktáže, slovního podněcování a zpočátku i fyzické dopomoci (ve smyslu navedení končetiny), je nyní schopná si sportovní podprsenku a s vyšší časovou dotací samostatně obléknout. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 2

Na základě požadavku klientky – zvládnout si obout levou botu, proběhl trénink této činnosti. Byly zde využity kompenzační pomůcky a modifikace, přesto se ve většině případů klientce nepodařilo botu samostatně obout. Částečný úspěch byl při pokusech obout sportovní sandál. **Nedošlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 3

Klientka subjektivně vnímá **problémy s krátkodobou i dlouhodobou pamětí**. Tyto problémy se projeví i během plánování společných intervencí. Klientce bylo **do mobilního telefonu nastaveno upozornění** (opakující se každý den v 10.00) s označením „deníček“, které klientku navádí zkontrolovat své poznámky. Klientka uvedla, že jí dělá problém zapamatovat si informace získané prostřednictvím telefonního hovoru – konkrétně smluvené termíny. Bylo jí navrženo požádat volajícího o zaslání stanoveného termínu v sms zprávě, nebo napsat sms s ujištěním ohledně data. Tuto kompenzační strategii si však neosvojila. **Došlo k částečnému splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 4

Ve spolupráci s fyzioterapeutkou byly klientce **navrženy vhodné sexuální polohy**, které by mohla aplikovat do svého partnerského života. Limitující je zde omezená hybnost kyčelního kloubu. Fyzioterapeutka klientku ujistila, že **v rámci pravidelných fyzioterapeutických intervencí bude na uvolnění a protažení této oblasti zaměřeno** více než doposud. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 5

Klientka se v rámci terapií několikrát zmínila o **negativním postoji rodiny k jejímu milostnému vztahu** s přítelem. S matkou klientky proběhl rozhovor, ze kterého vyplynulo, že jejich vztah nepovažuje za milostný. Klientka se v souvislosti s nedostatkem soukromí a zamezením určité intimity několikrát zmínila i o touze se od rodičů osamostatnit. Východisko shledává v asistovaném bydlení. Proto byl kontaktován ergoterapeut a psycholog, se kterými klientka spolupracovala v rámci denního stacionáře. Dle jejich názoru je současná bytová situace nezbytná. Klientce byla nabídnuta možnost jak s rodinou ohledně této problematiky jednat. Ergoterapeut se necítil být v této oblasti zcela kompetentní, ale seznámil klientku s **možností využít služeb sexuální asistence**. Klientce byly **předány potřebné materiály**. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 6

Jedním z cílů bylo **nalézt vhodný způsob přepravy**. Záměrem byla co největší možná míra soběstačnosti v této činnosti. V rámci spolupráce proběhla intervence mimo domov klientky. Terapie proběhla v bezbariérové kavárně, kde se klientka za doprovodu ergoterapeuta přepravila tramvají. Ergoterapeut zde zastával roli osobního asistenta. Klientce byly **předány potřebné informace ohledně osobní asistence**. Osobní asistence

se zde jeví jako vhodná alternativa pro větší soběstačnost ve vykonávání iADL a trávení volného času. **Došlo ke splnění cíle.**

Souhrn:

Na základě pravidelné tříměsíční spolupráce se spolu s klientkou **podařilo naplnit 4 z 6 stanovených cílů**. Klientka je nyní soběstačná v oblasti oblékání horní poloviny těla. Při výstupním hodnocení se klientka **ve fyzických položkách FIMu zlepšil o 2 body**. V kognitivních položkách nedošlo k žádným změnám. V celkovém hodnocení FIM testu **získala 90/126 b. (71,43% = mírná asistence)**, v porovnání se vstupem, kdy měla 88/126 b. (69,84% = mírná asistence). Ve spolupráci s fyzioterapeutem je usilováno o zvýšení pasivního i aktivního rozsahu pohybu v kyčelním kloubu. Klientce i její rodině byly předány informace a kontakty pro řešení problematiky partnerského života. Podařilo se nalézt alternativní způsob přepravy bez účasti rodinných příslušníků. **Částečně se podařilo vyřešit deficit s krátkodobou a dlouhodobou pamětí**, kdy si osvojila 1 ze 2 navrhovaných kompenzačních strategií. Nepodařilo se splnit jeden ze stanovených cílů – obutí levé boty.

Závěr a další doporučení:

Pravidelná tříměsíční spolupráce s klientkou se vyskytla bez větších komplikací. Projevil se zde však deficit v krátkodobé i dlouhodobé paměti. Tyto poznatky byly zahrnuty do cílů intervencí. Rodina klientky byla ochotná, částečně se do terapie zapojovala, ale v některých oblastech (samostatné bydlení, partnerský život klientky) zaujímal zcela negativní postoj. Pro objektivizaci informací byla navázána spolupráce s odborníky z Kliniky rehabilitačního lékařství – ergoterapeutem a psychologem, kteří s klientkou dříve spolupracovali. Při řešení situace ohledně klientčina partnerského soužití bylo navrženo přizvání kompetentního odborníka.

Pro klientku i její rodinu by bylo přínosné, kdyby získala vyšší míru soběstačnosti v oblastech iADL. S využitím služeb osobní asistence by klientka mohla trávit volný čas, aniž by byla závislá na rodičích.

2.6.4 Případová studie 4 (Klient D)

Základní diagnóza a osobní anamnéza

Klient D je 43 letá žena, která v roce 2009 prodělala resekci glioblastomu vlevo. Poté absolvovala chemo-radioterapii. Od roku 2009 je v dispenzarizaci Neurochirurgie ÚVN. Její stav byl od operace proměnlivý, prognóza nejistá, ale bez výraznějších fyzických obtíží. V červnu 2015 došlo ke zhoršení stavu, kdy její stav odpovídá lehké centrální kvadruparéze s akcentací na pravé straně (dle zdravotnické dokumentace pravostranná hemiparéza, výraznější na PDK). Pohyb horních končetin je i přes sníženou svalovou sílu zachován. Klientka má problém s taxí a koordinací, což negativně ovlivňuje jemnou motoriku a vykonávání ADL. Klientka je v rámci interiéru mobilní – zvládá jízdu na mechanickém vozíku, zvládne vertikalizaci do stoje s oporou (potřebuje však dostatek času a hrozí zde riziko pádu). Klientka je schopna ujit přibližně 3 kroky s oporou o nábytek, nebo mechanický vozík (nahrazuje chodítko).

Soběstačnost a bytová situace

Klientka bydlí sama a v oblastech pADL potřebuje pouze mírnou asistenci. Při vstupním ergoterapeutickém vyšetření klientka získala v testu FIM 90/126 b. (71,43% = mírná asistence). V rámci motorických položek získala 61/91 b. (67,03% = mírná asistence), kdy nejproblémovější oblasti je chůze do/ze schodů, kterou nezvládne vůbec. Při přesunech do vany, při koupání a osobní hygieně potřebuje fyzickou pomoc další osoby. V psychosociálních položkách získala 28/35 b. (80,00% = minimální slovní pomoc) Klientka má problémy s pamětí. Ve vykonávání iADL se to projevuje například zapomenutým prádlem v pračce. Během týdne neví, který je den a zda má naplánovanou nějakou aktivitu. Důležité informace si značí do kalendáře, ale pokud se neorientuje v čase, tento údaj je zbytečný. Screeningově byl pro zhodnocení kognitivních funkcí využit MoCA test, ve kterém klientka získala 25/30, což vypovídá o mírných kognitivních obtížích, které se při dlouhodobější spolupráci projeví. Klientka má obtíže s krátkodobou pamětí, je roztržitá, lehce zmatená a občas odpovídá neadekvátně. Svou životní situaci subjektivně hodnotí jako velmi obtížnou – v dotazníku WHO DAS II získala 74,24%.

Klientka bydlí v bytě (osobní vlastnictví) dispozice 3+1 v 8. patře s výtahem. Byt je pro ni částečně bariérový. Je zde nedostatečná šířka dveří a nedostatečný prostor pro manipulaci s vozíkem v koupelně a na WC. Klientka jednou týdně využívá pečovatelskou

službu. Pečovatelky klientce pomáhají s přesunem do vany a s vykonáním osobní i celotělové hygieny. Pro přesun na WC využívá oporu o přísavná madla. Klientka obývá pouze obývací pokoj a kuchyň, zbylé dva pokoje využívá pouze pro odkládání věcí a sušení prádla. Před zhoršením stavu spala v ložnici, nyní uvádí nedostatečný manipulační prostor pro přesun do lůžka. Klientce byla nabídnuta možnost jiného uspořádání nábytku a trénink přesunů z mechanického vozíku na lůžko. To však odmítla. Vstupní dveře do bytu jsou opatřeny prahem, který je schopná překonat jízdou pozadu. Z bytu samostatně dochází pouze k poštovní schránce. Opustit budovu (dostat se do exteriéru) sama nezvládne. Příčinou je obtížná manipulace s těžkými vchodovými dveřmi (které se otvírají dovnitř) a před domem je nájezdová rampa, která je pro jízdu na mechanickém vozíku nevhodná – vysoký úhel, bez zábradlí, bez manipulační plochy. V blízkosti klientčina bydliště je veškerá občanská vybavenost – MHD, obchody, pošta, banka a další služby, které však klientka nevyužívá. Nákup potravin si obstarává prostřednictvím donáškové služby a menší nákup obstarává sousedka. Klientka nevaří, živí se pouze pečivem, nebo si ve výjimečných případech ohřeje hotový pokrm v mikrovlnné troubě. Z domácích prací zvládá umýt nádobí a utřít prach. Vytření podlahových krytin a mytí koupelny obstarávají pečovatelky (stav domácnosti tomu však příliš neodpovídá). Osobní prádlo klientka pere samostatně, ale občas ho zapomene v pračce. Za management klientčiných financí zodpovídá její sestra (plná moc).

Pracovní a sociální anamnéza

Klientka pobírá invalidní důchod 3. stupně, příspěvek na bydlení ve výši 2000 Kč, příspěvek na péči 1. stupně ve výši 800 Kč a příspěvek na mobilitu ve výši 550 Kč. Klientka dříve pracovala ve firmě, kde zastávala různé funkce (administrativa i manipulace s předměty).

Denní režim a volnočasové aktivity

Dříve mezi klientčiny zájmy patřilo focení, grafika, spolu s přítelem (nyní bývalý přítel) navštěvovala kulturní akce. Nyní je její režim dne jednotvárný. Vstává v brzkých ranních hodinách (již kolem 3.00), během dne si čte, sleduje TV, snaží se cvičit a ve výjimečných případech využívá PC. Nepravidelně (přibližně 1x za měsíc) klientku navštěvuje někdo z rodinných příslušníků a bývalý přítel.

Ergoterapeutické intervence a interprofesní spolupráce

Na základě pravidelných intervencí je klientčíným cílem zlepšit svůj celkový fyzický stav – především zvětšit aktivní rozsah pohybu a svalovou sílu dolních končetin, být schopna bezpečných přesunů a odbourat strach z pádu.

Společně s klientkou byly stanoveny následující cíle:

1. Klientka zvládne přesun do vany s malou fyzickou dopomocí, případně pouze za dohledu pečovatelek.
2. Klientka bude během dne aktivní, bude dodržovat pravidelný režim, který bude zahrnovat pohybové aktivity zaměřené především na posílení dolních končetin.
3. Klientka do svého denního/týdenního programu zařadí volnočasové aktivity.
4. Třebaže s asistencí, klientka bude schopna pohybu v exteriéru za účelem obstarání nákupu, vyřízení pochůzek na úřadu, trávení volného času apod.
5. Za účelem vyšší míry soběstačnosti a zamezení rizika pádů dojde v domácím prostředí klientky k odstranění bariér.

S klientkou D proběhlo celkem 8 ergoterapeutických intervencí v jejím domácím prostředí. Pro doplnění informací, plánování návštěv, poradenství a získání zpětné vazby, probíhala s klientkou také komunikace prostřednictvím e-mailu a telefonátů.

Pro splnění nastavených cílů proběhla spolupráce s pečovatelkami, fyzioterapeutem, lékařem a ergoterapeuty z Kliniky rehabilitačního lékařství. Dalším přizvaným členem byla sousedka. Snahou bylo zainteresovat rodinné příslušníky a bývalého přítele klientky, se kterým má nyní přátelský vztah. Spolupráce s nimi byla obtížná, neměli zájem se zapojit. Alespoň prostřednictvím telefonických hovorů bylo možné částečně spolupracovat se sestrou a otcem klientky.

ad cíl 5: Náplň jednotlivých intervencí byla různorodá. Klientce byly předvedeny možnosti autoterapie pro ovlivnění čítí na horních končetinách. Na základě zhodnocení bytové situace klientky byly navrženy možné úpravy, které by podpořily její soběstačnost. Se sousedkou byly probrány možnosti výměny poštovních schránek (sousedka ji má o úroveň níže). Pro klientku by to znamenalo přístup pro manipulaci již z polohy sed na mechanickém vozíku. Klientka se sousedkou vychází velmi dobře. Sousedka je ochotná klientce zprostředkovat drobný nákup a případně pomoci v domácnosti.

ad cíl 3, 4: Klientka pro opatření většího nákupu využívá donáškové služby. Klientce bylo navrženo v rámci intervence absolvovat trénink pohybu v exteriéru. Cílem bylo

opatření drobného nákupu a vybrání hotovost z bankomatu. Klientka plnění těchto aktivit přijala. Dle reakcí lze předpokládat, že ji naplňovaly. Byla spokojená, že se po dlouhé době dostala do okolí svého domu. Klientka uvedla, že se již několik měsíců krom návštěv lékařů nikam nedostala. Klientka byla seznámena s možnostmi využít služeb osobní asistence, která by zde přicházela v úvahu. Byly jí předány potřebné informace v písemné formě. Tato služba byla představena i sestře klientky. Klientce bylo navrženo, aby oslovila bývalého přítele, který by zde mohl zastoupit roli asistenta – proběhla by určitá forma edukace. Klientka tuto možnost odmítla.

Při tréninku jízdy v terénu se projevila nevhodnost mechanického vozíku. Ten si klientka pořídila na vlastní náklady po zhoršení zdravotního stavu. Klientce bylo navrženo pořízení nového mechanického vozíku. Překvapujícím zjištěním bylo, že byly uskutečněny kroky k pořízení nového mechanického vozíku. Klientku navštívil technik firmy s kompenzačními pomůckami a prostřednictvím lékaře z Kliniky rehabilitačního lékařství byla vystaven poukaz. Na základě těchto informací byl e-mailem kontaktován lékař z Kliniky rehabilitačního lékařství. Ergoterapeut projevil zájem podílet se na výběru vhodného mechanického vozíku. Lékař bohužel nebyl obeznámen ohledně pravidelných ergoterapeutických intervencí v domácím prostředí. V tomto případě šlo o chybu v komunikaci mezi odborníky. Vybraný vozík z pohledu ergoterapeuta není pro klientku zcela vyhovující. Manipulace s ním je obtížná. Klientka má sníženou svalovou sílu horních končetin, proto by byl vhodný odlehčený rám. Šířka sedací plochy je zbytečně široká. Klientce stěžuje dosah na kola, a proto nedochází k efektivnímu propulznímu vzoru. Klientku omezuje zvýšená spasticita dolních končetin. Bylo by vhodné opatřit stupačky páskou.

ad cíl 1: Jedním z cílů, bylo zvládnutí přesunů do vany. Klientka k této aktivitě potřebuje fyzickou pomoc pečovatelek. Klientka s pečovatelkami spolupracuje již delší dobu. Pečovatelky klientce pomohou se svlékáním horní poloviny těla, poté klientce pomohou do stoje. Klientka poté využije oporu o madla (v této poloze pečovatelka klientce svlékne dolní polovinu těla) a přemístí se k vaně. Pečovatelka navede klientku na sedačku do vany a pomůže jí s dolními končetinami. Pečovatelka klientku osprchuje, klientka si umyje obě horní končetiny, hrud', břicho a stehna. Pečovatelka klientku opláchně a v sedě na sedačce se klientka za asistence pečovatelek osuší. Poté pomohou klientce v přesunu ze sedačky do stoje. Ve stoji s oporou o madla si klientka za asistence pečovatelky obleče spodní prádlo a kalhoty. Dle analyzované činnosti je klientka v mnoha úkonech pasivní, přestože

má potenciál pro zapojení se do činnosti. Řešením bylo pořízení otočné sedačky do vany. Ta by umožnila bezpečný přesun do vany za asistence pouze jedné pečovatelky. Prostřednictvím sestry klientky bylo požádáno o vystavení poukazu. S montáží zakoupené sedačky pomohl klientce otec. S ním zkoušela přesun do vany. Bez přítomnosti ergoterapeuta a možné konzultace či tréninku klientka přesun shledala jako nevyhovující a pro ni nekomfortní. Sedačku okamžitě vrátila.

ad cíl 2: Klientka v mnoha případech uvedla, že nejvíce přínosná je pro ni fyzioterapie. Do terapie byl proto přizván fyzioterapeut. Individuální fyzioterapie v domácím prostředí klientky proběhla jednou. S fyzioterapeutem bylo možné komunikovat prostřednictvím e-mailu. Fyzioterapeut zhodnotil, že klientka byla převážně spolupracující, chyběla jí však motivace pro aktivní zapojení, preferovala spíše pasivní prvky terapie (protažení, měkké techniky apod.). Terapeut provedl pasivní protažení jednotlivých segmentů dolních končetin a měkké techniky pro ovlivnění svalového tonu, následovalo aktivní cvičení v polohách leh na lůžku, v sedě a následně i ve stoji, modifikace stoje a nácvik chůze s oporou. Klientce byly předvedeny možnosti autoterapie v oblasti protahování zkrácených svalů dolních končetin (s využitím pomůcek – ručníku a stupínku) a v oblasti celkové obratnosti za účelem zvětšení rozsahu pohybu a zvýšení svalové síly. Klientce bylo doporučeno, aby si vedla cvičební deník, to však odmítla. Prostřednictvím e-mailové konverzace s klientkou byla získána zpětná vazba týkající se proběhlé fyzioterapeutické intervence. Klientka hodnotila terapii obecně jako prospěšnou. Subjektivně vnímala zlepšení v oblasti hybnosti PDK bezprostředně po terapii. Klientka uvedla, že některé cviky zadané fyzioterapeutem provádí, ne však s takovou pravidelností a intenzitou na které se domluvili – při zmínce o možnosti vést si cvičební deník, který by pro ni mohl být motivací, nereagovala. Tato služba fyzioterapie je běžně placená a vzhledem k finanční situaci klientky nebude možné, aby ji po ukončení této tříměsíční spolupráce dále využívala.

Zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu ergoterapeuta

Na základě pozorování, neformálních rozhovorů a analýzy zápisů z jednotlivých intervencí lze z pohledu ergoterapeuta shrnout fungování interprofesní spolupráce u klientky D. Konkrétní situace a jejich podrobná prezentace se nachází v příloze č. __.

Tabulka 5: Interprofesní spolupráce D

člen	způsob spolupráce	výsledek
pečovatelky	možnost zúčastnit se pravidelné hygieny - analýza činnosti	pořízení otočné sedačky do vany - zefektivnění přesunu (asistence pouze jedné osoby); klientka otočnou sedačku bez předchozí konzultace vrátila
fyzioterapeut	oslovení agentury, komunikace prostřednictvím telefonních hovorů a e-mailů	intervence v domácím prostředí, návrh autoterapie; klientka další možnou spolupráci (vzhledem k finanční zátěži) odmítla
osobní asistent	bez přímé spolupráce; klientce i její sestře byly předány potřebné informace v písemné formě	klientka možnost využít služeb osobní asistence prozatím odmítá
sestra	komunikace prostřednictvím telefonních hovorů a e-mailů	získání potřebných informací ohledně sociální anamnézy klientky; prostředník klientky - vyřízení žádosti na pořízení pomůcky; předání informací
otec	komunikace prostřednictvím telefonních hovorů	montáž otočné sedačky, kterou klientka bez předchozí konzultace vrátila; montáž madel do koupelny, která neproběhla
bývalý přítel	výzva klientky pro jeho možné zapojení	klientka zapojení bývalého přítele odmítá
lékař	prostřednictvím e-mailů a osobní konzultace	snaha o podílení se na výběru vhodného mechanického vozíku; spolupráce se nezdařila, lékař nebyl informován o probíhající spolupráci s klientkou

Subjektivní hodnocení interprofesní spolupráce

Zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu klientky proběhlo na základě semi-strukturovaného rozhovoru, ze kterého vyplynulo následující:

Klientka uvedla, že po příchodu do domácího prostředí jí nejvíce pomohl přítel. „*Když tady se mnou byl ještě přítel. Já jsem se teda snažila být soběstačná, ale měla jsem problémy s tou stabilitou, tak to mi on pomáhal. Byl taková jistota.* Kladně hodnotí i zapojení rodinných příslušníků – starší sestra obstarává vyřizování na úřadech a finance

„Starší ségra Lenka, ta mi hodně pomáhá teďka ... Hlavně mi pomáhá vyřizovat úřady. Příspěvky všelijaký a ona je taková kancelářská krysa a vyzná se v tom.“, otec částečně zajišťuje přepravu klientky *„Táta ten mě odváží, když potřebuju, když neseženu dopravu, tak mě vozí autem. ... Ale chybějí mu ty peníze na ten benzín“*, matka a mladší sestra klientce příležitostně zprostředkovávají jídlo. Klientka tvrdila, že se s rodinou vídá často. Buď to ji navštěvují, nebo za nimi jezdí ona. Po podrobnějším dotazování se ukázalo, že se s nikým z rodiny neviděla už více než dva měsíce.

Spolupráci s ergoterapeutem klientka hodnotila jako spíše prospěšnou. Uvědomuje si, že pro ni spolupráce mohla být velice prospěšná, kdyby přijala nabízené aktivity a možnosti. *„No já jsem hlavně spoustu věcí ze začátku odmítala, takže ono to byla spíše moje chyba.“* Čas, který jí byl věnován, hodnotí také jako spíše dostačující, a to z toho důvodu, že by jí vyhovovala návaznost. Komunikaci s ergoterapeutem klientka hodnotí jako výbornou. Přínos ergoterapeutických intervencí shledává v pořízení nového mechanického vozíku (zde jde o zavádějící informaci, jelikož k podílení se na výběru vhodného mechanického vozíku ze strany ergoterapeuta nedošlo), řešení bariér v koupelně a pohyb v exteriéru se záměrem nakoupit. *„... že jste mě donutily do toho novýho vozíku a že jste mě nakoply, abych si zařídila tu koupelnu, že jste mě vytáhly ven, že jste se mnou šla na nákup ...“*

Spolupráci s fyzioterapeutem si klientka neuvědomuje. Při přiblížení situace, kdy jí byla zprostředkována jednorázová intervence, okamžitě zmiňuje vysokou cenu, a proto je celkové hodnocení spíše negativní. *„Abych si to platila, na to fakt nemám. Snažila jsem se, ale vždyť víte, jak to chodí.“* Spolupráce s ním by pro ni byla prospěšná, kdyby docházel pravidelně.

Jako další s kým klientka již dlouhodobě spolupracuje, jsou pečovatelky, kdy jejich práci shledává jako průměrnou. *„Ta moje pečovatelka konkrétně je pořád taková, pořád spěchá na mě a já potřebuju to, no čas.“* Jako důvod klientka uvádí časovou tíseň a s tím související stresovou situaci. Při vykonávání činnosti se klientka necítí bezpečně *„... Už to, že mám jít do té koupelny a posadit se na tu sedačku, tak už to je pro mě stresující.“* Komunikaci s pečovatelkami hodnotí pozitivně.

Klientka také zmiňuje lékaře, kteří k ní byly vždy upřímní a jednali s ní narovinu. *„Z těch odborníků, no doktoři samozřejmě, protože kdykoliv jsem se na něco zeptala, tak mi bylo po pravdě zodpovězeno. A když jsem se v tom rejpa, tak jako měli se mnou trpělivost.“*

Negativně se však vyjadřuje o svém obvodním lékaři, který jí není ochotný předepsat sanitu.

Právě transport klientka shledává jako nedostatek v interprofesní spolupráci. Z pohledu klientky by měla proběhnout komunikace mezi institucemi – konkrétně mezi poliklinikou a Klinikou rehabilitačního lékařství ohledně domluvy transportu.

Na otázky ohledně proběhlé interprofesní spolupráce, nebyla příliš schopná odpovědět. Její odpovědi byly obecné – spolupráce byla dobrá, odborníci mezi sebou komunikovali a klientka se cítila být potřebná: „*Já myslím, že dobře, velmi dobře. Jako, komunikovali mezi sebou. Mě to bylo příjemné.*“ Otázky pro ni byly příliš abstraktní, proto jí byly poskytnuty příklady spolupráce, která proběhla. Klientka si uvědomila, že neproběhla ideální spolupráce při výběru vhodného mechanického vozíku a uvedla, že pochybení bylo především na její straně: „*Za to nemůžete ale vy. Ani já moc ne, i když asi spíše já no, ale to proto, že to byl pro mě první vozík, kterými byl doporučený, ale neklaplo to no.*“

V závěru rozhovoru klientka vyjádřila vděčnost a radost z pravidelných návštěv. „*Já jsem byla hrozně ráda. Měla jsem radost, že někdo se o mě zajímá, protože když to po čase všechno usne, tak je to takový nepříjemný, že se o vás nikdo nestará.*“ Uvítila by další návaznost terapií. „*Škoda, že už tady nebudete chodit. Potřebovala bych, aby se furt něco dělo, furt nějak cvičilo.*“

Zhodnocení cíle 1

Při výstupním hodnocení klientka získala v testu FIM 88/126 b. (69,84% = mírná asistence), což představuje od vstupního vyšetření **zhoršení**, kdy ve vstupním FIMu získala 90/126 b. (71,43% = mírná asistence). Konkrétně **se jedná o položku přesun do vany**. Klientka ztratila dva body i přesto, že byly podniknuty kroky pro zkvalitnění této činnosti. V rámci této problematiky byla možná spolupráce s pečovatelkami a na základě analýzy činnosti a společném úsudku, byla **pořízena otočná sedačky do vany**. Klientka však sedačku **bez předchozí konzultace vrátila**. V koupelně měla klientka k dispozici **přísavná madla** (upevněna chemoprenem), která během intervencí a nácviku přesunů **odpadla**. V souvislosti s tím byl kontaktován otec, aby madla bezpečně připevnil. Po dobu tříměsíční spolupráce k tomu však nedošlo. Klientka tak pro přesun potřebuje fyzickou asistenci dvou osob. **Nedošlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 2

Cílem tříměsíční spolupráce bylo **zavedení pravidelné cvičební jednotky**, zaměřené na ovlivnění dolních končetin. V souvislosti s tím byl **osloven fyzioterapeut**, který by mohl ke klientce pravidelně docházet. Klientka většinu dne tráví na lůžku v obývacím pokoji a aktivity, kterým se věnuje je pouze četba, sledování TV a ojediněle práce na PC. Pravidelné návštěvy fyzioterapeuta by byly pro klientku obohacující. **Fyzioterapie zprostředkovaná přes agenturu je hrazenou službou**, kterou klientka **i přes spokojenost odmítla. Došlo k částečnému splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 3

V souvislosti s **trávením volného času** byl klientce **umožněn pohyb v exteriéru** za asistence jedné osoby. Zároveň proběhl i nácvik iADL – nákup potravin a výběr hotovosti z bankomatu. Klientce **bylo navrženo využít služeb osobní asistence**, nebo **zapojit do spolupráce bývalého přítele**. Nabízené možnosti **klientka opět odmítla**. Informace byly prostřednictvím e-mailu předány i sestře klientky. **Nedošlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 4

Dalším z cílů bylo **odstranění bariér v domácím prostředí**. Klientce bylo doporučeno oslovit sousedku s prosbou o **výměnu poštovních schránek**. Do závěrečné návštěvy k tomu však **nedošlo**. V průběhu intervencí došlo k **demontáži madel v koupelně**. Prostřednictvím telefonního hovoru byl osloven otec klientky, aby madla opět připevnil. Za dobu spolupráce k tomu však nedošlo. V rámci poslední návštěvy klientka sdělila nové informace ohledně přestavby koupelny. Klientce i její sestře bylo doporučeno v případě potřeby konzultovat tuto problematiku s odborníky na Klinice rehabilitačního lékařství. **Nedošlo ke splnění cíle.**

Souhrn:

Pro negativní postoj klientky a neochotu ze strany rodinných příslušníků se nepodařilo naplnit žádný ze stanovených cílů. Při výstupním hodnocení se klientka **ve fyzických položkách FIMu zhoršila o 2 body**. V kognitivních položkách nedošlo k žádným změnám. V celkovém hodnocení FIM testu **získala 88/126 b. (69,84% = mírná asistence)**, v porovnání se vstupem, kdy měla 90/126 b. (71,43% = mírná asistence). Klientka veškeré návrhy a doporučení odmítala. Za částečně splněný cíl lze považovat zařazení pohybových aktivit do denního programu. Klientce byla zprostředkována individuální intervence fyzioterapeutem, který pro klientku navrhl vhodnou cvičební

jednotku. Plnění zadaných cviků klientka odmítla zaznamenávat, proto zde chybí zpětná vazba.

Závěr a doporučení:

Klientka je zvyklá na určitý stereotyp, který je pro ni v jistých ohledech komfortní a nechce jej měnit. Snahou bylo zapojit rodinu klientky, pro jejich neochotu to však nebylo možné. Klientka bydlí sama a vzhledem ke svému zdravotnímu stavu je izolovaná. Klientka nemá náhled na svou situaci.

Aby mohlo dojít ke zvýšení soběstačnosti, nebo smysluplnému trávení času, musela by klientka změnit svůj postoj. Chybí zde motivace a podpora ze strany rodiny a blízkých.

Klientce by prospělo absolvovat intenzivní rehabilitační pobyt, kde by spolupracovala s dalšími odborníky a měla by možnost zapojit se do komunity lidí s disabilitou.

2.6.5 Případová studie 5 (Klient E)

Základní diagnóza a osobní anamnéza

Klient E je 43 letý muž, který v říjnu 2016 prodělal ischemickou CMP v povodí arteria carotis interna vpravo a došlo k tříštivému krvácení do bazálních ganglií. Jeho stav odpovídá obrazu levostranné hemiparézy až hemiplegie s akcentací na levé horní končetině. V akutním stádiu byl klient hospitalizován v Ústřední vojenské nemocnici a pro psychosyndrom byl na 4 měsíce přeložen do Bohnic. V březnu 2017 absolvoval kranioplastiku a po rekonvalescenci byl propuštěn do domácího prostředí. V domácím prostředí do března 2018 využíval pravidelných služeb domácí péče. V období 25. 7. – 31. 10. 2017 absolvoval rehabilitační program v Kladrubech. Zde došlo k výraznému zlepšení v oblasti mobility. Od prosince 2017 do března 2018 navštěvoval denní stacionář v rámci Kliniky rehabilitačního lékařství, na který navázaly pravidelné ergoterapeutické intervence v domácím prostředí.

Soběstačnost a bytová situace

Klient sdílí domácnost s přítelkyní. Při vstupním vyšetření klient získal v testu FIM 76/126 b. (60,32% = mírná asistence). Ve fyzických položkách získal 51/91 b. (56,04% = mírná asistence), kdy nejproblémovější oblastí je lokomoce. Klient chůzi do/ze schodů nezvládne vůbec. V rámci interiéru je schopný se samostatně pohybovat na mechanickém vozíku. V exteriéru je pasivně vezen. V rámci tréninku ujde přibližně 7 m s využitím kompenzačních pomůcek (peroneální páska, kolenní ortéza, čtyřbodová hůl). Klient potřebuje mírnou asistenci při přesunech do vany a na WC. Pro močení využívá nádobu na moč a pro vyprázdnění stolice (pokud není přítomna přítelkyně) využívá toaletní křeslo umístěné v pokoji. Klient potřebuje mírnou pomoc s oblékáním dolní poloviny těla a minimální fyzickou pomoc při oblékání horní poloviny těla. Klient musí být slovně podněcován a motivován, jinak je pasivní. V psychosociálních položkách klient získal 25/35 b. (71,43% = mírná slovní pomoc). Spolupráce s klientem byla obtížná. Pro plnění zadaných úkolů hledal výmluvy, při nezdaru byl vulgární a vztekal se. Jeví se, že nemá náhled na svou situaci. Management financí a vyřizování záležitostí na úřadech, v nemocnici apod. má na starost přítelkyně. Pro screeningové zhodnocení kognitivních funkcí byl využit MoCA test, ve kterém klient získal 27/30 b. (spadá do pásma normy). Pro zhodnocení kvality života byl využit dotazník WHO DAS II. Celkově pociťuje v životě těžké obtíže (51,81%). Nejhuře hodnotil doménu „mobilita“.

Klient bydlí v Praze s přítelkyní v bytě (pronajímaném jako nebytový prostor – ateliér) dispozičně řešeném jako 2+kk (34 m²). Byt se nachází ve 4. patře s výtahem v budově hotelu. Jízda výtahem je pro klienta velice nekomfortní – je velmi úzký – 56 cm. Klient nejvíce času tráví v obývacím pokoji s kuchyňským koutem. Má zde k dispozici postel a toaletní křeslo. Kuchyňský kout klient příliš nevyužívá. V případě potřeby si podá nádobí nachystané na lince, zvládne si podat věci z lednice a zvládne si ohřát jídlo v mikrovlnné troubě. V bytě je koupelna spojená s toaletou. Dveře jsou úzké – 56 cm. Po příhodě došlo k úpravám – výměna podlahových krytin a instalace nájezdové rampy před domem. Okolí domu je značně bariérové. Klient bydlí v centru, kde je k dispozici potřebná občanská vybavenost – obchody, pošta, restaurace a další služby, které však nevyužívá. Jsou zde úzké uličky, vysoké ohrubníky a nerovné povrchy. Přítelkyně klienta má jeho plnou moc a obstarává veškeré vyřizování na úřadech a management financí. Klient má průkaz ZTP, parkovací místa však nejsou v dostatečné blízkosti klientova bydliště. Klient spolu s přítelkyní usilují o získání bezbariérového bydlení. V současné době mají podanou žádost na příslušných úřadech. Situace je zkomplikovaná nevyhovující finanční situací – je v exekuci.

Klient je v položkách iADL odkázán na pomoc přítelkyně. Klient se přepravuje jako spolujezdec osobním automobilem. Klient se zapojuje do přípravy pokrmu výjimečně, jídlo je schopný si ohřát v mikrovlnné troubě. Jeho povinností v domácnosti je obsluha myčky. Pro funkční komunikaci klient využívá mobilní telefon, tablet a notebook. Pro management léků využívá organizér, který plní přítelkyně. Klient má syna z předchozího manželství, s kterým se však pravidelně nestýká.

Pracovní a sociální anamnéza

Klient před příhodou pracoval jako elektrikář (OSVČ). Nyní pobírá invalidní důchod 3. stupně – 4 100 Kč, příspěvek na péči 3. stupně a měl zažádáno o příspěvek na mobilitu – v průběhu spolupráce byl schválen.

Denní režim a volnočasové aktivity

Klient v rámci dne dodržuje pravidelný režim. Vstává mezi 6.00 – 7.00 spolu s přítelkyní, která mu pomůže s ranní hygienou a oblékáním. Poté snídá. Dopoledne tráví sledováním TV, hraním her na tabletu, nebo využívá internet. Okolo jedné si ohřeje oběd. Po obědě relaxuje, občas spí a vyčkává do příchodu přítelkyně. Spolu s přítelkyní odpoledne tráví čas sledováním TV, hraním společenských her, přítelkyně se snaží klienta zapojit do

přípravy jídla a dalších činností v domácnosti. Přibližně ve 20.00 probíhá hygiena, poté spolu sledují TV a usínají okolo jedenácté. V pondělky dělá klientovi společnost matka (přítelkyně je 12 hodin v práci). Luští křížovky, sledují TV apod. Ke klientovi pravidelně dochází fyzioterapeut (v úterý a čtvrtek). V doprovodu přítelkyně (případně matky) dochází 2x za měsíc na Klinikou rehabilitačního lékařství a 1x za měsíc docházejí ambulantně k psychologovi. Klient byl před příhodou velice společenský. Má hodně přátel, kteří jej během týdne i o víkendu navštěvují. Klientova přítelkyně se snaží trávit čas o víkendech mimo byt – na chatě, u přátel na zahradě, v parku.

Ergoterapeutické intervence a interprofesní spolupráce

Klient má harmonický vztah se svou přítelkyní, která je jeho velkou oporou. Klient je tak motivován zlepšovat se (především v oblasti soběstačnosti) kvůli ní. Jeho největší limitací je omezená hybnost levé dolní končetiny a plegická levá horní končetina s akrálními kontrakturami. Cílem klienta je zlepšit se v oblasti mobility – zvládnout samostatnou chůzi. Jeho dlouhodobým cílem je navrácení se do práce, která byla zároveň i jeho koníčkem.

Spolu s klientem a jeho přítelkyní byly pro tříměsíční spolupráci stanoveny následující cíle:

1. Za účelem zvýšení soběstačnosti v oblasti pADL, bude klient schopný samostatně si obléct horní polovinu těla.
2. Klient bude schopný si samostatně obléct dolní polovinu těla.
3. Klient bude během dne aktivní, bude dodržovat nastavenou cvičební jednotku.
4. U klienta dojde ke zkvalitnění přesunu na toaletu.
5. Ve spolupráci s fyzioterapeutem bude cílem dosáhnout maximální možné míry soběstačnosti v oblasti lokomoce.

S klientem E proběhlo celkem 11 ergoterapeutických intervencí v domácím prostředí. Pro naplnění cílů proběhla spolupráce s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a zprostředkovaně i lékařem z Kliniky rehabilitačního lékařství. Velice přínosná byla angažovanost přítelkyně, která jej motivovala a v životě je mu velkou oporou. Bylo možné spolupracovat i s matkou klienta a jeho přáteli. Naplánovaná spolupráce byla narušena odjezdem klienta do lázní. Bylo možné klienta v lázních navštívit. Vzhledem ke stanoveným cílům byla spolupráce prodloužena přibližně o měsíc.

ad cíl 1: Ergoterapeutické intervence byly zaměřeny na zlepšení soběstačnosti v oblasti pADL. Před nácvikem aktivity proběhlo ovlivnění paretické horní končetiny. V terapii

byly využity prvky Bobath konceptu – mobilizace pletence ramenního, placing a aproximace. Proběhlo pasivní protažení a mobilizace akra. Klient byl vybízen do bimanuálního zapojování. S klientem proběhl nácvik svlékání a oblékání horní poloviny těla. Projevil se zde deficit v prostorovém vnímání, kdy klient nebyl schopný triko převrátit a správně nastavit. Nezdá ho rozčiloval a demotivoval. Byl vulgární, místy až agresivní. Po předvedení, slovní instruktáži a vedení byl schopný si triko několikrát obléct. Klient i jeho přítelkyně byli instruováni, aby převzal iniciativu v této činnosti. Přítelkyně během následujících intervencí uvedla, že ráno z časového hlediska klientovi výrazně asistuje. Po absolvování pobytu v lázních se ukázalo, že klient není schopný si samostatně upevnit podpažní polohovací váleček. Východiskem ergoterapeut shledal vyměnit pevnou stuhu za gumu. V rámci intervencí byl klient instruován a slovně naváděn, jak váleček upevnit do podpaží. Po několika pokusech klient zvládl váleček samostatně umístit.

ad cíl 2: Během několika intervencí proběhl nácvik oblékání dolní poloviny těla. Opět této činnosti předcházela příprava – pasivní protažení dolní končetiny, pohyb v odlehčení, bridging. Klient byl schopný si kraťasy/tepláky svléknout. Problém měl znovu v nastavení oděvu. Byl instruován, aby si vždy zkontroloval umístění cedulky. Po navedení, slovním pobízení byl po několika pokusech schopný si kraťasy/tepláky obléct bez fyzické dopomoci další osoby.

ad cíl 4, 5: Ke klientovi dochází pravidelně (1 – 2x týdně) fyzioterapeutka. Byla oslovena zapojit se do spolupráce v souvislosti se stanovenými cíli. Při prvním setkání představila náplň cvičební jednotky – pasivní protažení omezených kloubních segmentů na levé horní i dolní končetině, využívá prvky PNF, posilovací cviky s využitím overbalu, bridging. S klientem trénuje především chůzi s oporou o čtyřbodovou hůl. Fyzioterapeut se s ergoterapeutem shodl, že by pro nácvik vertikalizace a mobility byla přínosná instalace madla do chodby. Přítelkyně klienta byla velice aktivní a do následující terapie madlo připevnila. S fyzioterapeutem a za přítomnosti přítelkyně byla řešena oblast přesunu na toaletu. Klientovi bylo doporučeno pořízení nástavce na WC. Prostřednictvím e-mailu byly zaslány doporučené varianty. V souvislosti s vystavením poukazu byl prostřednictvím ergoterapeuta kontaktován lékař z Kliniky rehabilitačního lékařství. Po nainstalování nástavce proběhl ve spolupráci přítelkyní trénink přesunu. Po slovní instruktáži a navedení byl klient schopný přesunout se na WC bez fyzické dopomoci.

Klient během dne již nevyužívá pro vyprázdnění stolice toaletní křeslo v pokoji, ale zvládne přesun na WC.

ad cíl 3: Klient je do odpoledních hodin v bytě sám. Čas tráví pasivně – sledováním TV, hraním her, vyhledáváním informací na internetu. Pro získání maximální možné míry v oblasti mobility by měl každý den aktivně cvičit. Klienta bylo potřeba motivovat. Byla vytvořena „motivační tabulka“, která obsahovala několik cviků. Po splnění cviku klient mohl barevně zaznačit pole v tabulce. Toto grafické zpracování pro něj bylo velkou motivací. Inspirací zde byla obdobná tabulka s položkami z oblasti iADL, kterou vytvořily studentky z Kliniky rehabilitačního lékařství.

ad cíl 5: Pro zkvalitnění lokomoce bylo klientovi doporučeno pořízení anatomicky tvarovaného sedáku do mechanického vozíku. Již během denního stacionáře byl předběžně vybrán vhodný typ. Ergoterapeut toto konzultoval s lékařem klienta a na základě jeho doporučení byl vystaven poukaz.

Zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu ergoterapeuta

Na základě pozorování, neformálních rozhovorů a analýzy zápisů z jednotlivých intervencí lze z pohledu ergoterapeuta shrnout fungování interprofesní spolupráce u klienta C. Konkrétní situace a jejich podrobná prezentace se nachází v příloze č. _.

Tabulka 6: Interprofesní spolupráce E

člen	způsob spolupráce	výsledek
fyzioterapeut	interprofesní spolupráce v domácím prostředí klientky	návrh instalace madla; doporučení nástavce na WC, trénink přesunu na WC; doporučení cvičební jednotky (vytvoření „motivační tabulky“
ergoterapeut	konzultace v rámci Kliniky rehabilitačního lékařství	na základě doporučení došlo k navázání spolupráce s klientem; poskytl odbornou konzultaci ohledně pořízení kompenzačních pomůcek
lékař	konzultace prostřednictvím e-mailu; kontaktován zprostředkovaně přes ergoterapeuta	vystavení poukazů na pořízení nástavce na WC a sedáku do mechanického vozíku
přítelkyně	přímá spolupráce; člen interprofesního týmu	angažovanost v rámci interprofesní spolupráce; motivace klienta, plnění doporučení a instrukcí; instalace madla; pořízení pomůcek

matka	přímá spolupráce	Přijala doporučení v souvislosti s motivací klienta ohledně trávení volného času
-------	------------------	--

Subjektivní hodnocení interprofesní spolupráce z pohledu klienta

Zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu klienta proběhlo na základě analýzy semi-strukturovaného rozhovoru, ze kterého vyplynulo následující:

Klient po příchodu z nemocnice do domácího prostředí záhy absolvoval rehabilitační pobyt v Kladrubech. „*Tam mi nejvíce pomohli. Naučit se s vozejkem, přeseďat ... nějak se naučit ty základní věci. Z ležáka mě postavili na nohy.*“ Nejvíce si cení péče a podpory přítelkyně: „*Přítelkyně samozřejmě. Ta pomáhá úplně nejvíc.*“ Dále uvádí odborníky z Kliniky rehabilitačního lékařství, kde absolvoval denní stacionář. Ve spolupráci s Klinikou rehabilitačního lékařství byly uskutečněny pravidelné ergoterapeutické intervence v domácím prostředí: „*Když to mám brát, kdo mě toho nejvíce naučil, tak na Albertově samozřejmě. Proto jste tady i vy.*“ Klient byl dotazován, jaké role přítelkyně zastává. „*Všechno, dělá pro mě všechno. ... Krom toho, že je to skvělá partnerka, skvělá milénka, tak vede tu domácnost. Stará se o veškerý finance, o ty důležité věci. Vyběhala veškerý možný invalidní důchod, veškerý příspěvky, veškerý tadydle invalidní vozejk, veškerý pomůcky, příspěvek na auto. Tedka se řeší bezbariérový bydlení. Poskytuje pomoc při té každodenní hygieně, péči o domácnost a tak no.*“ Klient se po příchodu domů potýkal s psychickými obtížemi. Uvedl, že mu chyběla chuť do života. K této oblasti se klient nechtěl blíže vyjadřovat. Klient byl dotazován, zda by chtěl něco vzhledem k fungování v domácnosti změnit. Vyjádřil se k tomu následovně: „*Já bych nejradši vydělával prachy. Chtěl bych se vrátit do práce. To je podle mě důležité.*“ Na otázku, zda si myslí, že je to aktuálně reálné, uvádí: „*No myslím, že zatím asi ne no. Lucka (pozn. přítelkyně) si myslí, že ne.*“

V počátcích po propuštění do domácího prostředí přítelkyně klienta zprostředkovala pravidelnou péči zdravotní sestry (domácí péče). Ke klientovi pravidelně dochází fyzioterapeutka, se kterou měl ergoterapeut možnost spolupracovat. Klient dále jmenoval pravidelné docházení matky a občasné návštěvy přátel.

Přínos ergoterapie klient hodnotil jako spíše prospěšnou (na škále 1 – 5 hodnotí 4). Když byl dotazován, co by měl ergoterapeut udělat, aby byla velice prospěšná: „*To už nevím.*“

Tak dáme čtyři a půl? (pozn. smích)“ Čas, který ergoterapeut klientovi věnoval, byl naprosto dostačující a i komunikaci s ergoterapeutem klient hodnotí velmi kladně, jako výbornou. Klient si cenil doporučení a zprostředkování kompenzačních pomůcek. Ocenil i nácvik oblékání. „Tak to bylo to přerubování trika. Takže celkově oblíkání. Řešily se nějaký madla ... pomůcky. Třeba ten váleček do podpaží. Díky gumě si ho umím dát. Do koupelny se pořídil ten nástavec. Ten je pro mě asi nejvíc. Chápejte, že už nemusím ... nechci být sprostý ... no, že už nemusím vykonávat potřebu v obýváku.“

Stejně otázky zazněly v souvislosti s fyzioterapeutem. Jeho práce byla pro klienta velice prospěšná. Čas, který mu byl fyzioterapeutem věnován, byl naprosto dostačující a komunikace s ním výborná. Přínos shledává ve zlepšení v oblasti mobility. *„No zaměřili jsme se na tu chůzi hlavně. Jak tady na Albertově, tak i tady doma. Dalo mi to jako dost. Ne že bych jako úplně sám chodil, ale s tou hůlkou už to jde. Akorát teda jenom doma. Venku to zatím nejde. Tam jak jsou ty různý povrchy ...“*

Další z odborníků, kterého klient zmínil, byl psycholog. Spolupráce s ním byla pro klienta velice prospěšná a komunikace s ním výborná. Čas, který mu byl věnován, hodnotil jako spíše nedostačující. *„My jsme tam byli jednou. Takže spíše nedostačující. Aspoň kdybychom tam byli čtyřikrát. Kdyby to mělo jako efekt.“*

Další otázky v rozhovoru byly zaměřeny na interprofesní spolupráci. Klient uvedl, že mu pomohla spolupráce ergoterapeuta s odborníky na Klinice rehabilitačního lékařství. Na základě spolupráce byly klientovi zprostředkovány kompenzační pomůcky. *„Zařídila jste mi skrz Albertov třeba ten podsedák na vozejk. No a to, že se pořídilo to křeslo. (pozn. nástavec na WC). Spolupráce teda byla prospěšná. Určitě byla přínosná. Nevadilo mi vůbec nic.“* Klient ocenil zapojení více odborníků. *„Určitě to má pozitiva. S více lidma můžu pohovořit. Každý má pak názor a já si z toho vezmu, co potřebuji.“*

Zhodnocení cíle 1

Klient se **od vstupního vyšetření FIM testu zlepšil v položce „oblékání horní poloviny těla“ o jeden bod.** Na základě instruktáže, slovního podněcování a zpočátku i fyzické dopomoci (ve smyslu nastavení oděvu a dotažení/upravení), je nyní schopný obléct si triko bez fyzické dopomoci. Klient je nyní schopný umístit podpažní váleček. Bylo potřeba opatřit tuto pomůcku gumou namísto pevné stuhy. Proběhla instruktáž a trénink. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 2

V testu FIM se klient od vstupního vyšetření zlepšil o 2 body v položce „oblékání dolní poloviny těla“. Opět zde byla potřeba instruktáž, slovní podněcování a zpočátku i fyzická pomoc. Klienta je potřeba pro vykonávání této činnosti motivovat. Přínosná zde byla angažovanost přítelkyně klienta. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 3

Klient **na základě „motivačních tabulek“ tráví volný čas aktivně.** Zapojuje se do domácích prací a dodržuje zadanou cvičební jednotku. Cviky byly zvoleny na základě doporučení fyzioterapeuta. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 4

Jedním z cílů bylo zkvalitnění přesunu na toaletu. Klient se musí vypořádat s omezeným prostorem, kdy k toaletě může najet mechanickým vozíkem pouze čelně. Před pravidelnými intervencemi klient potřeboval fyzickou pomoc. **V testu FIM se od vstupního vyšetření v položce „přesun na WC“ zlepšil o 3 body.** Klientovi bylo doporučeno **pořízení nástavce na WC.** V souvislosti s tím byl kontaktován lékař, který klientovi vystavil poukaz. Na základě nácviku přesunu a tréninku je nyní klient schopný přesun zvládnout **bez dopomoci další osoby.** **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 5

Cílem klienta je zlepšit se v oblasti mobility. Za tímto účelem za klientem pravidelně dochází fyzioterapeut, se kterým byla navázána spolupráce. Přítelkyně klienta na doporučení odborníků nainstalovala **do chodby madlo,** s jehož oporou **klient zvládne bezpečnou vertikalizaci do stoje.** Pro komfortní a kvalitní jízdu na mechanickém vozíku bylo klientovi doporučeno **pořízení sedáku do mechanického vozíku.** V souvislosti s tím byl kontaktován lékař, který klientovi vystavil poukaz. **Došlo ke splnění cíle.**

Souhrn:

Na základě pravidelných intervencí v domácím prostředí klienta **došlo ke splnění veškerých stanovených cílů.** Při výstupním hodnocení se klient **ve fyzických položkách FIMu zlepšil o 9 bodů.** **V kognitivních položkách se zlepšil o 2 body,** kdy byla zaznamenána lepší spolupráce (sociální interakce) a klient byl veden k rozvaze nad problémem (řešení problémů). V celkovém hodnocení FIM testu **získal 85/126 b. (63,49% = mírná asistence),** v porovnání se vstupem, kdy měl 76/126 b. (60,32%). Velice přínosná byla spolupráce s fyzioterapeutem. Pro klienta, ale i pro ergoterapeuta

byla velice prospěšná spolupráce s odborníky na Klinice rehabilitačního lékařství. Nejdůležitější osobou v procesu rehabilitace je klientova přítelkyně.

Závěr a doporučení:

Spolupráce s klientem byla relativně dobrá. Klient měl občas nepřiměřené reakce vzteku – například, když se mu trénovaná aktivita nedařila. Připomínky a samotná přítomnost přítelkyně ho ve většině případů uklidnily. Díky aktivnímu přístupu přítelkyně se podařilo splnit stanovené cíle.

Klient má potenciál se zlepšovat v oblastech mobility a soběstačnosti. V rámci intervencí byly podniknuty kroky, které vedly k redukci bariér. Současná bytová situace je přesto nevyhovující. Klient má zažádáno o bezbariérové bydlení.

V rámci intervencí klient i jeho přítelkyně zmínili problémy v oblasti intimity. Tuto problematiku řešili již s psychologem. I vzhledem k občasným neadekvátním reakcím a pesimistickým myšlenkám by bylo vhodné zařadit pravidelné psychologické/psychoterapeutické intervence.

2.6.6 Případová studie 6 (Klient F)

Základní diagnóza a osobní anamnéza

Klient F je 65 letá žena, která byla v květnu roku 2015 operována pro karcinom duodena a při rekonvalescenci došlo v červnu téhož roku ke spontánnímu krvácení do mozku (intracerebrální hemoragii vlevo). Klientka byla do srpna 2015 hospitalizována. Návazně absolvovala tříměsíční rehabilitační pobyt na rehabilitační klinice, poté byla v listopadu 2015 propuštěna do domácího prostředí, kde ji potřebnou péči zajistila rodina a pečovatelská služba. V létě 2016 absolvovala další rehabilitační pobyt v rehabilitačním ústavu. V březnu 2018 absolvovala 4 – týdenní rehabilitační pobyt v denním stacionáři, na který bylo navázáno individuálními ergoterapeutickými intervencemi v domácím prostředí.

Soběstačnost a bytová situace

Klientka žije sama v bytě na Praze 8. Je soběstačná, ve většině položkách pADL potřebuje pouze modifikaci, případně supervizi. Při vstupním ergoterapeutickém vyšetření klientka získala v testu FIM 109/126 b. (86,51% = supervize). Klientka měla problém s otvíráním různých uzávěrů – tuby krémů, zubní pasty apod., se kterými ji pomáhal kurýr donáškové služby, proto byla položka „osobní hygiena“ v testu FIM hodnocena 5 body. V oblasti lokomoce klientka při chůzi do/ze schodů potřebuje zábradlí po levé straně – proto byla tato položka hodnocena 6 body. Klientka je schopná s oporou o 1 FH pohybu v exteriéru. Za doprovodu další osoby ujde cca 2 km. Mírný deficit je u klientky patrný ve verbálním vyjadřování, kdy potřebuje dostatek času na utřídění myšlenek. Využívá vnitřní kompenzační mechanismy a i přesto řeč není zcela fluentní. Screeningově byl pro zhodnocení kognitivních funkcí využit MoCA test, ve kterém klientka získala 26/30, což představuje hraniční hodnotu pásma normy. Při dlouhodobé spolupráci byly patrné obtíže se soustředěním a s interpretací myšlenek. Klientka má pozitivní přístup a projevuje vděčnost za jakoukoliv formu podpory. V dotazníku kvality života WHO DAS II získala 28,09 %, kdy tato hodnota představuje střední obtíže v životě.

Byt klientky se nachází ve 4. patře panelového domu, který je součástí sídliště. V domě je výtah, který pro klaustrofobii a nyní po zlepšení zdravotního stavu využívá výjimečně. Dispoziční řešení bytu je 2+kk – ložnice, obývací pokoj s kuchyňským koutem, koupelna a WC. V koupelně má klientka vanu opatřenou madly a protiskluzovou podložkou do vany. Po příhodě došlo v bytě k malým úpravám – byly odstraněny koberce (nyní je

podlahová krytina PVC a plovoucí podlaha), klientka si pořídila postel s polohovacím roštem a eliminovala nadbytečný nábytek v obývacím pokoji a chodbě.

Dostupnost MHD je pro klientku náročná. Před domem (cca 300 m) je zastávka autobusu. Metro (které klientka dříve běžně vyžívala) je vzdálené cca 10 – 15 minut rychlou chůzí. V blízkosti stanice metra je i veškerá potřebná občanská vybavenost – obchody, pošta, banka, kadeřnictví apod. Jedinou možností, kde klientka může nakoupit je cca 500 m vzdálená večerka. Nyní využívá služeb on-line nákupu přes rohlík.cz. V rámci iADL je problémovou oblastí transport. Využívá služeb handicap taxi, nebo je závislá na přepravě rodinnými příslušníky. Klientka má skvělý vztah s dcerami (a jejich rodinami), které bydlí v Praze a v případě potřeby jsou jí k dispozici. Klientka potřebuje pomoc s větším úklidem – mytí oken a výměna ložního prádla. Zbylé činnosti v domácnosti zvládá klientka samostatně. Zvládá připravit jednoduchý pokrm. Klientka pro funkční komunikaci využívá mobilní telefon, kdy přijme hovor i zavolá, přijme i odešle sms. Využívá osobní počítač. Prostřednictvím internetbankingu zvládá management financí.

Pracovní a sociální anamnéza

Klientka pobírá starobní důchod a příspěvek na péči ve výši 4000 Kč. Dříve pracovala jako zubařka. Zdravotní komplikace se objevily, když byla klientka již v důchodovém věku, ale v té době stále provozovala svou praxi.

Denní režim a volnočasové aktivity

Režim klientky je pravidelný – vstává okolo 8.00, vykoná ranní hygienu, nasnídá se, poté pečuje o domácnost, nebo cvičí dle zadaných cviků fyzioterapeutem. Odpoledne pravidelně cvičí a ve volném čase si čte, sleduje TV, nebo tráví čas na PC. Chodí spát okolo desáté. Klientka dvakrát týdně chodí v doprovodu přítelkyně (bývalá zdravotní sestra z Home Care) na procházky (cca 2 km okruh). Klientka má výborný vztah s dcerami a vnoučaty. Vídá se s nimi většinou o víkendu. Před zdravotními komplikacemi byla společensky aktivní a i nyní se znovu snaží zapojit do různých společenských a kulturních aktivit.

Ergoterapeutické intervence a interprofesní spolupráce

Klientka je spolupracující, motivovaná a aktivní. Největší limitací je pro klientku paréza až plegie dominantní horní končetiny, která ji omezuje v některých položkách pADL a iADL. Postižení pravé dolní končetiny má nepříznivý vliv na mobilitu klientky. Chůze je

patologická, v terénu a v chůzi do/ze schodů je klientka nestabilní a hrozí tak riziko pádu. Pro chůzi v exteriéru potřebuje větší časovou dotaci (asi trojnásobnou oproti běžné populaci). Je pro ni fyzicky náročná. Pokud je to možné, využívá doprovodu další osoby (rodiny, přátel).

Na základě přání a očekávání klientky byly pro tříměsíční spolupráci stanoveny následující cíle:

1. Za účelem zvýšení soběstačnosti v pADL a iALD, klientka zvládne otevřít zubní pastu, tuby krémů, lahve se saponáty apod. Klientka bude schopná samostatně vyměnit ložní prádlo.
2. Klientka zvládne jízdu MHD (do místa bydliště své dcery, do nemocnice Na Bulovce, na Kliniku rehabilitačního lékařství)
3. Klientka zvládne nakoupit v blízkém obchodě.
4. Klientka využije služeb v okolí (např. pošta, banka, kadeřnice apod.).
5. U klientky dojde ke zlepšení mobility v exteriéru.

S klientkou F proběhlo celkem 11 ergoterapeutických intervencí v jejím místě bydliště. Komunikace s klientkou probíhala také prostřednictvím telefonních hovorů a sms. Pro naplnění cílů proběhla spolupráce s fyzioterapeutem a ergoterapeutem z Kliniky rehabilitačního lékařství. Dále bylo možné komunikovat s dcerami a nepřímo i s přítelkyní klientky. Spolupráce s klientkou probíhala téměř 4 měsíce (namísto 3). Důvodem byly klientčiny zdravotní komplikace, kdy musela být několik dní hospitalizována.

Ergoterapeutické intervence byly zaměřeny na zlepšení v oblasti pADL a iADL. Z nastavených cílů vyplývá, že trénink probíhal v mnoha případech v exteriéru. Jednotlivým terapiím byla poskytována velká časová dotace (intervence trvala cca 2 hodiny).

ad cíl 1: Zpočátku byly intervence zaměřeny na zlepšení soběstačnosti v domácnosti klientky. Klientka měla problém s otvíráním různých uzávěrů (tuby krémů, zubní pasty, lahvemi s pracími a čistícími prostředky, lahvemi s nápoji, zavařovacími sklenicemi atd.). Klientce byly představeny možnosti modifikací a kompenzační pomůcky. Z představených pomůcek, které zapůjčil ergoterapeut z Kliniky rehabilitačního lékařství, se jako funkční a pro klientku přínosný ukázal „gumový otvírač sklenic“ a „pákový

otvírák pet lahví“. V mnoha případech byla pro otevření využita protiskluzová podložka. Tu klientka vlastnila a pouze potřebovala předvést, jak otevření zvládnout pouze levou horní končetinou. Klientka v průběhu naší spolupráce objevovala další uzávěry, se kterými si nevěděla rady. Společně pak byly hledány způsoby pro jejich otevření. Klientka je v ostatních oblastech pADL soběstačná. Potřebuje nanejvýš modifikaci. V rámci iADL je limitována v několika oblastech. V domácnosti je to větší úklid, kdy nebyla schopna otevřít uzávěry nádob s čisticími prostředky a vzhledem k pravostrannému postižení je pro ni náročné a nebezpečné mytí oken a stírání prachu z vyvýšených ploch. Dále uvedla potíže s výměnou ložního prádla. Tato činnost byla analyzována, ale nebylo nalezeno vhodné řešení či modifikace pro zvládnutí. Rodina klientky je velice ochotná a v případě potřeby tyto činnosti obstarává.

ad cíl 2, 5: Další problémovou oblastí byl transport prostřednictvím MHD, a to včetně pohybu v exteriéru. Ve spolupráci s fyzioterapeutem byl již v počátku stanoven cíl – klientka bude schopna dopravit se na následující ambulantní fyzioterapii s využitím dopravních prostředků MHD. To zahrnuje chůzi na zastávku metra, jízdu metrem, tramvají, případně autobusem (včetně jízdy na eskalátoru, chůzi do/ze schodů a kdy jsou pro klientku celkově ztížené podmínky vlivem přítomnosti dalších lidí). Pro nácvik jako první klientka zvolila jízdu autobusem. Důvodem byla kontrola na kardiologii v nemocnici Na Bulovce. Autobusová zastávka je vzdálená přibližně 300 m od domu klientky a zajišťuje přímý autobusový spoj do nemocnice. Klientka musí počítat s dostatečnou časovou rezervou, jelikož jí vypravení se z bytu a samotná chůze trvala cca 15 minut. Negativním faktorem byl při nácviku této aktivity silný vítr a zvolená trasa (šla po trávě, na které nebyla stabilní). Při jízdě autobusem měla klientka problém s nastoupením, vystoupením (ačkoliv šlo o nízkopodlažní vůz) a usazením – subjektivně lze hodnotit, že zde hrál roli stres. Klientka byla poučena, že nejbezpečnější a nejkomfortnější pro ni bude nastupovat/vystupovat dveřmi nejbližší řidiči. V případě potřeby ho může požádat o pomoc. Také byla vyzvána, aby oslovila cestující ohledně uvolnění místa na sezení. Na plánovanou kontrolu byl klientce nabídnut doprovod ergoterapeutem. Klientka neměla potřebu toho využít. Byla požádána, aby ergoterapeuta o průběhu informovala telefonicky, což zároveň sloužilo jako logopedické cvičení. Dále proběhl nácvik jízdy metrem. Chůze do nejbližší stanice metra klientce trvala přibližně 40 minut a byla pro ni fyzicky náročná. Pohyb ve stanici metra, včetně jízdy na eskalátoru, chůzi do/ze schodů bez možnosti přidržení se zábradlí, nástup do/z vlakové soupravy

klientka zvládla bez větších potíží. Dodržela předchozí doporučení ergoterapeuta. Nekomfortní shledala klientka situaci, kdy se chtěla přidržet tyče a neměla kde bezpečně odložit francouzskou hůl. Následující intervence zahrnovala nácvik jízdy tramvají. Pro zajištění komfortu a bezpečnosti byla francouzská hůl opatřena gumovou smyčkou. Klientka se tak mohla přidržet tyče. Jízdu tramvají do místa bydliště dcery klientka zvládla bez komplikací.

Jedním z hlavních cílů byla jízda dopravními prostředky MHD na Kliniku rehabilitačního lékařství. Tento cíl se nepodařilo naplnit, přestože klientka měla potenciál cestu zvládnout. Pravidelnou spolupráci přerušily zdravotní komplikace klientky – prodělala akutní pyelonefritidu, kdy byla nutná hospitalizace a několikátýdenní rekonvalescence. Klientka byla ochotná po zlepšení zdravotního stavu ve spolupráci pokračovat. Bylo nutné dodržovat určitá opatření – vyhnout se předklonům a elevovat dolní končetiny se zapojením břišních svalů. Dále byla klientka limitována drážděním na močení v asi hodinových intervalech. Vzhledem k těmto omezením proběhla edukace pro bezpečné vykonávání pADL a iADL (konkrétně se jednalo o oblékání/svlékání dolní poloviny těla a úklid) a byly jí představen švédský podavač.

ad cíl 3, 5: I přes značná omezení klientka projevila zájem o nácvik nákupu potravin v blízké večeře. V obchodě klientka odložila francouzskou hůl a v případě potřeby se přidržela regálu. Zboží vkládala do vlastní tašky zavěšené na paretické končetině. Největší problém měla s odtržením mikrotenového sáčku. Klientce bylo navrženo, aby požádala prodavačku. Prodavačka byla velice ochotná, klientce nákup po namarkování vložila zpět do tašky a tašku s nákupem klientce pomohla umístit do batohu.

ad cíl 4, 5: Klientka také chtěla pokračovat v nácviku jízdy dopravním prostředkem MHD, kdy cílem bylo využití služeb kadeřníka v blízkém okolí.

Subjektivní hodnocení interprofesní spolupráce z pohledu ergoterapeuta

Na základě pozorování, neformálních rozhovorů a analýzy zápisů z jednotlivých intervencí lze z pohledu ergoterapeuta shrnout fungování interprofesní spolupráce u klientky F. Konkrétní situace a jejich podrobná prezentace se nachází v příloze č. __.

Tabulka 7: Interprofesní spolupráce F

člen	způsob spolupráce	výsledek
------	-------------------	----------

fyzioterapeut	účast na ambulantní fyzioterapii v rámci denního stacionáře	možnost konzultovat ohledně fyzických schopností klientky; společně byly stanoveny cíle a plány pravidelných intervencí
ergoterapeut	konzultace v rámci Kliniky rehabilitačního lékařství	na základě doporučení došlo k navázání spolupráce s klientkou; ergoterapeut zapůjčil kompenzační pomůcky pro nácvik ADL
logoped	konzultace v rámci Kliniky rehabilitačního lékařství	logoped zprostředkoval informace o dosavadním postupu; navrhl možnosti tréninku a autoterapie
dcera	komunikace prostřednictvím telefonního hovoru; osobní setkání	ve spolupráci s dcerou klientky bylo možné realizovat transport prostřednictvím MHD do místa jejího bydliště
Přítelkyně/ zdravotní sestra z Home Care	zprostředkovaně skrze klientku	přítelkyně klientky byla vyzvána, aby klientku při pravidelných procházkách motivovala ke zvládnutí náročnějšího terénu

Subjektivní hodnocení interprofesní spolupráce z pohledu klientky

Zhodnocení interprofesní spolupráce z pohledu klientky proběhlo na základě analýzy semi-strukturovaného rozhovoru, ze kterého vyplynulo následující:

Po příchodu do domácího prostředí klientce nejvíce pomohly dcery. „*Po tom propuštění to u mě byly každý den. ... Nemluvila jsem, takže všechno vyřídily, i ... nějakou agenturu mi zařídily. Každý den ke mně chodily sestřičky.*“ V době kdy došlo k příhodě, klientka stále provozovala svou lékařskou praxi a na dcerách bylo vyřízení veškerých formalit ohledně prodeje. Dcery se angažovaly i při volbě vhodného rehabilitačního zařízení. Do tohoto procesu byl zahrnut i bývalý manžel klientky. Klientka velmi pozitivně hodnotí i program, který absolvovala na rehabilitační klinice: „*... kde jsem se dala dohromady z naprostý nepohyblivosti, jsem za týden zvládla chodit o jedný francouzský holi.*“ Klientka během rozhovoru odbíhala od tématu domácího prostředí, proto musela být často upozorňována, aby odpovídala k věci. Na otázku kdo všechno do domácího prostředí docházel, nebo dochází, jmenovala: „*Všechno to byly zdravotní sestřičky. Ty s rehabilitací neměly moc společného. Pak Milena, ta ke mně chodí i teď, i když už není*

pro mě sestřička ... V poslední době ke mně už pravidelně nedochází téměř nikdo, akorát teda vy a Milena jenom občas.“ Pravidelné intervence, v rámci kterých byly vedeny neformální rozhovory, poskytly potřebné informace ke konkrétním doplňujícím otázkám, např. ohledně zmínky kurýra donáškové služby, kdy klientka uvedla: „Kurýr docházel pravidelně, chodil tak čtyřikrát do měsíce, ale teď už není potřeba tak často, protože jsme spolu natrénovaly nakupování tady v obchodě. ... Taky mi pomáhá otvírat lahve I když to už jsem se taky docela naučila. Vlastně díky vám mám na to i ty pomůcky a ty mi dost usnadní to otvírání.“

Spolupráci s ergoterapeutem klientka hodnotila velmi pozitivně – všechny oblasti (náplň práce, věnovaný čas, komunikace) hodnotila jako velice prospěšné. Klientka byla tázána, v čem konkrétně ji spolupráce s ergoterapeutem pomohla: „No tak myslím si, že to otvírání lahví je pro mě speciální Tak to otvírání lahví. No a ten stůl, teda ta podložka (pozn. myslí speciální prkýnko) ... protože si tam můžu napichovat, třeba rohlíky a pak si je můžu levou rukou namazat. ... mám teď tu gumku na holi, co mi pak nikde nepadá, to je hodně užitečné. Taky jste mi ukazovala ty kleště na sbírání věcí ... Jinak jsme trénovaly nášlapy venku, to si myslím, že už teda líp chodím. Zkoušely jsme i nákup ... moc mi pomohlo, jak jste mi ukázala jak dávat do pytlíku, jako pečivo ...“ Klientka se pozitivně vyjádřila i k tréninku jízdy MHD: „Tak z toho mám dobrý pocit. Už zvládám cestu na Bulovku a zpátky – autobusem. Pak i cesta metrem. Zvládnou na Prosek a zpátky, takže i jízda po těch jezdicích schodech ... no, to už si troufnu i za dcerou, když mě tam pak čeká.“

Pravidelné ergoterapeutické intervence navázaly na denní stacionář, který klientka absolvovala na Klinice rehabilitačního lékařství. Zde se setkala s dalšími odborníky, jako je fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, speciální pedagog, psycholog a lékař. Jejich práci hodnotí jako velice přínosnou. Čas, který jí byl ze strany odborníků věnován, byl naprosto dostačující a komunikace výborná. Přínos fyzioterapie klientka shledává: „Pomohli mi po stránce té pravý ruky, že už mám větší pohyblivost. Pak ty cviky, který se mnou dělali ... Si říkám, že kdybych upadla, tak už bych i vstala. ... Na pravou nohu už se postavím, dokážu tu nohu zatížit.“ Ohledně chůze po schodech uvádí: „No tak na ty už jsem odborník, protože chůze dolů i nahoru už se mi daří všude.“

O dalších odbornících se vyjádřila následovně: „Pak ještě z Albertova tam byl logoped, speciální pedagog, psycholog. Z těchhle těch pro mě byl nejvíce prospěšný, uznávám logopedku ... Doporučila i to telefonování. Díky ní jsem se rozmluvila ... Pak tu paní

doktorku G. (pozn. speciální pedagog). Ta byla i na tu muzikoterapii, to mě bavilo nejvíc a pak taky byla na Albertově keramika. To bylo tvořivý a to mám taky ráda. “

Na dotazy ohledně spolupráce mezi jednotlivými odborníky klienta uvádí: „*No spolupracovali jste ... že jste mě svým způsobem vrátili do života ... abych ten život měla snazší.*“ Odpovídá, že ji na jednotlivých odbornících nevadilo nic, kdy celkově tvrdí: „*Byla jsem maximálně spokojená. Dělali za daných možností a v danou chvíli, co se dalo udělat.*“ V závěru rozhovoru se jeví, že je se svou situací smířená, projevila vděčnost za veškerou pomoc, která jí byla nabídnuta. „*Já jsem s váma byla a jsem spokojená velmi! Já si přeju, abych byla zdravá a všechno to přečkala. ... Já si myslím, že když je člověk spokojený i s málem, tak každý dílčí úspěch je plus.*“

Zhodnocení cíle 1

V oblasti pADL byla klientka při vstupním hodnocení závislá na fyzické dopomoci pouze ve dvou položkách – chůzi v exteriéru a osobní hygieně. Klientka **nebyla schopna otevřít si zubní pastu, krémy a další kosmetické přípravky** (prvotní otevření po zakoupení). Problém s otevřením různých uzávěrů se projevil i ve vykonávání iADL – při vaření (např. zavařovací sklenice) a při úklidu (lahve se saponáty). Klientce proto **byly představeny a zapůjčeny kompenzační pomůcky**. Za přínosný shledala „gumový otvírač sklenic“ a „pákový otvírák pet lahví“. V mnoha případech byla využita protiskluzová podložka, kterou klientka vlastnila. Klientka při dlouhodobé spolupráci nalézala mnohé další uzávěry, se kterými si nevěděla rady, ale po navedení, či případné demonstraci **se vždy podařilo najít způsob jak uzávěr otevřít. Ve FIM testu se tak od vstupního vyšetření zlepšila o 1 bod.**

Další problémovou činností v souvislosti s iADL byla **výměna ložního prádla**. V rámci intervence proběhlo několik pokusů, s využitím různých modifikací, jak tuto činnost vykonat. Bohužel **se nepodařilo nalézt způsob**, jak by klientka tuto činnost vykonala samostatně. V této oblasti bude i nadále potřebovat pomoc další osoby. **Došlo k částečnému splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 2

Jedním z hlavních cílů pravidelné tříměsíční spolupráce byla **bezpečná a komfortní jízda MHD, včetně přesunu do zastávek MHD**. Na základě instruktáže klientka zvládla jízdu autobusem do nemocnice Na Bulovce a v rámci tréninku zvládla jízdu metrem i tramvají do místa bydliště dcery. Pro zvýšení komfortu při manipulaci s francouzskou

holí, byla klientčina hůl opatřena gumovou smyčkou. Díky ní se klientka může v dopravním prostředku přidržel tyče, nebo zábradlí po pravé straně. Pro zdravotní komplikace, které vedly až k hospitalizaci klientky a zavedení stentu do močového ústrojí (což způsobilo značná omezení) nebylo možné absolvovat jízdu na Klinikou rehabilitačního lékařství. Subjektivně lze však hodnotit, že by **před zdravotními komplikacemi cestování zvládla**. Potřebovala by velkou časovou dotaci a transport by byl pro ni velmi náročný. **Došlo k částečnému splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 3

Pro nákup potravin klientka využívala donáškovou službu (přibližně 4 x v měsíci). Před příhodou byla zvyklá nakupovat v supermarketech, nebo v prodejnách v blízkosti zastávky metra. V rámci intervencí proběhl **trénink nákupu v blízké večeře**. Chůzi klientka bezpečně zvládla. Trvala jí přibližně 25 minut. Dbala rad a instrukcí ergoterapeuta. Velkou výhodou byla přítomnost ochotné prodavačky, která klientce pomohla. V závěru naší spolupráce klientka zmínila, že donáškovou službu bude využívat asi jednou do měsíce – pro opatření trvanlivých a těžkých potravin. Klientka **pravidelně nakupuje v blízké večeře** buď samostatně, nebo v doprovodu přítelkyně/zdravotní sestry. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 4

Klientka v rámci intervencí projevila **zájem navštívit kadeřnictví**. V souvislosti s tréninkem řečových funkcí byla vyzvána, aby se sama objednala prostřednictvím telefonního hovoru. **Ergoterapeut s klientkou absolvoval jízdu MHD a doprovodil ji.** Klientka **tuto činnost zvládla** bez komplikací. Přítelkyně klientky byla vyzvána, aby spolu s klientkou podnikaly krom procházek přírodou i kulturně-společenské aktivity (jako je právě návštěva kadeřníka, kosmetického salónu, nakupování, návštěva kaváren apod.). Této role se zhostila i rodina klientky, která s ní podniká výlety, a společně navštěvují kulturní alce. **Došlo ke splnění cíle.**

Zhodnocení cíle 5

Cíl zlepšení mobility v exteriéru je spíše obecný a v mnoha případech je zastoupený již v hodnocení předešlých cílů. Klientka je na základě tříměsíční spolupráce **schopná cestovat prostřednictvím MHD, zvládá chůzi do potřebných zastávek** s oporou o francouzskou hůl, která byla pro komfort a bezpečnost opatřena gumovou smyčkou. Klientka **zvládá chůzi do/ze schodů, aniž by využila oporu o zábradlí po pravé straně.**

Ve FIMu se tak v položce „schody“ zlepšila o 1 bod a i položce „chůze“ bylo zlepšení o 1 bod. Velkou zásluhu zde má pravidelná spolupráce s přítelkyní, která klientku motivuje při pravidelných procházkách v blízkém okolí a taktéž rodina klientky. **Došlo ke splnění cíle.**

Souhrn:

Na základě pravidelné spolupráce s klientkou a dalšími členy interprofesního týmu se **podařilo splnit téměř vše ze stanovených cílů.** Částečně byl splněn cíl týkající se jízdy MHD. Klientka jízdu jednotlivými dopravními prostředky zvládá, ale pro zdravotní komplikace nebyla schopná absolvovat jízdu na Kliniku rehabilitačního lékařství. V oblasti iADL se nepodařilo nalézt způsob, jak by klientka samostatně zvládla výměnu ložního prádla. Při výstupním hodnocení se klientka **ve fyzických položkách FIMu zlepšil o 4 body. V kognitivních položkách** došlo ke změně v „**položce**“ vyjadřování, kde se klientka **zlepšila o 1 bod.** V celkovém hodnocení FIM testu **získala 113/126 b. (89,68% = modifikovaná nezávislost),** v porovnání se vstupem, kdy měla 109/126 b. (86,51% = supervize). Při vykonávání pADL již **nepotřebuje fyzickou pomoc** další osoby.

Závěr a doporučení

Klientka veškerá doporučení, rady a postřehy přijímala s vděčností. Spolupráce s ní byla velmi dobrá a i pro ergoterapeuta příjemná. Aktivní zapojení rodiny klientky a přítelkyně je pro klientku velkou motivací. Jakmile u ní dojde k zotavení (v souvislosti s akutní pyelonefritidou), má potenciál se i nadále zlepšovat v oblasti mobility. Klientka by měla využít pro pohyb v exteriéru doprovodu přítelkyně a rodiny. Postupně může volit obtížnější terén i delší vzdálenost. Klientka by i nadále měla setrvat v rehabilitačním procesu, který by jí umožnil maximální možnou participaci.

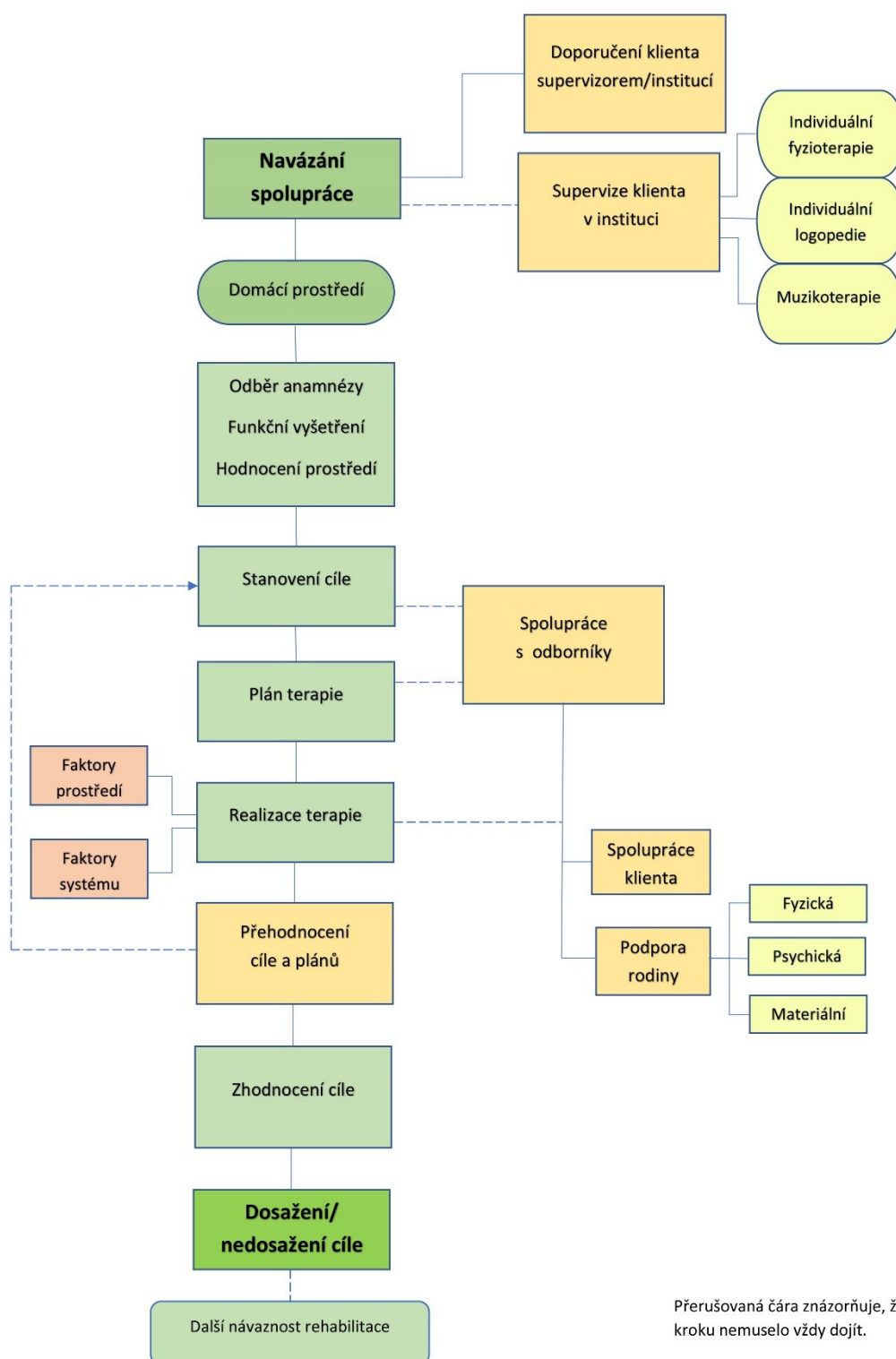
2.7 Shrnutí výsledků

Pravidelné ergoterapeutické intervence v domácím prostředí se uskutečnily díky spolupráci s Klinikou rehabilitačního lékařství. Supervizor navrhl vhodné klienty (případně další odborníky, kteří také navrhli potencionální klienty). V mnoha případech byli do spolupráce zahrnuti fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logoped, sociální pracovník, psycholog z této instituce. Pro přehlednost byla spolupráce s jednotlivými členy interprofesního týmu zanesena do tabulek (č. 2 – 7.). Na základě analýzy zápisů z jednotlivých intervencí byly nalezeny cenné údaje, které dokazují interprofesní spolupráci a především její účel.

Spolupráce byla navázána za účelem naplnění cílů jednotlivých případů. Za těchto podmínek šlo o uměle vytvořenou situaci. Domácí návštěva (ergoterapeutická intervence v domácím prostředí) není zakotvena v českém legislativním systému ani úhradovém systému zdravotní péče zdravotními pojišťovnami (Rohlenová, 2018). Tato diplomová práce tak demonstruje možnosti interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci a může posloužit jako předloha pro vytvoření doporučeného postupu.

Autorka práce na základě srovnání jednotlivých případových studií vytvořila schéma průběhu intervence (obrázek č. 1).

Obrázek 1: Schéma intervence



Přerušovaná čára znázorňuje, že k tomuto kroku nemuselo vždy dojít.

2.7.1 Možnosti interprofesní spolupráce

Nezastupitelnými členy týmu se během intervencí v domácím prostředí stali rodinní příslušníci nebo partneři klientů. Ve všech šesti případech klienti hodnotili, že po příchodu do domácího prostředí jim nejvíce pomohla rodina/partneři. Právě díky aktivnímu zapojení těchto osob, došlo v mnoha případech k naplnění stanovených cílů. Rodina se podílela na materiálním zajištění (pořízení pomůcek, úprava prostředí), psychické podpoře (motivace klientů, umožnění převzetí iniciativy) a celkovou organizací. Mnozí z rodinných příslušníků a partnerů byli edukováni a instruováni. Dobré rodinné vztahy jsou jedním z nejvýznamnějších faktorů příznivého vývoje stavu jedince. Potvrdilo se, že rodina je často aktivním činitelem v zajištění léčby a podmínek pro uzdravení (Zacharová a Šimíčková – Čížková, 2011).

Cílem diplomové práce bylo zjistit současný stav a význam interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku z pohledu ergoterapeuta, zjistit jaké jsou základní problematické oblasti a nedostatky

Z analýzy případových studií vzešlo 6 kategorií. Tyto kategorie prezentují náplň jednotlivých intervencí. Jsou to – zvládání pADL, zvládání iADL, volný čas, bariérové prostředí, kompenzační pomůcky a partnerský život. Každá kategorie představuje v jednotlivých případových studiích konkrétní problémovou situaci. Pro vyřešení bylo potřeba spolupracovat s dalšími odborníky. Případně klienti byli odkázáni na kompetentní odborníky. Pro přehlednost byly kategorie a pole působnosti jednotlivých odborníků zaneseny do tabulky (Tabulka č. 8).

Tabulka 8: Kategorie případových studií

Kategorie	Zainteresované osoby	Intervence
zvládání pADL	ergoterapeut, fyzioterapeut, rodina	E: nácvik, kompenzace, pomůcky F: zvětšení rozsahu pohybu, svalové síly R: podněcování, motivace
zvládání iADL	ergoterapeut, fyzioterapeut, rodina, přátelé osobní asistent	E: nácvik, kompenzace, pomůcky F: mobilita R: podněcování, motivace, doprovod OA: doprovod
volný čas	ergoterapeut, rodina, přátelé, osobní asistent	E: alternativy, kompenzace R: motivace, materiální zajištění OA: asistence
bariérové prostředí	ergoterapeut, sociální pracovník, rodina	E: detekce, návrhy řešení SP: realizace řešení R: motivace, realizace řešení

kompensační pomůcky	ergoterapeut, lékař, rodina	E: doporučení, nácvik L: poukaz R: opatření, (materiální zajištění)
partnerský život	ergoterapeut, psycholog, sexuální asistent	E: detekce, doporučení odborníků P: terapie SA: rozhovor, koučink, trénink

Ve většině případů se jednalo o odborníky z Kliniky rehabilitačního lékařství. U klientů „C“ a „E“ bylo možné spolupracovat s fyzioterapeuty, kteří ke klientům pravidelně docházejí do domácího prostředí. Klientce „D“ byla zprostředkována individuální fyzioterapie v domácím prostředí. Klientka „C“ během spolupráce několikrát zmínila problémy v oblasti partnerského života. Ergoterapeut klientce doporučil a předal potřebné informace o možnosti využití služeb sexuálního asistenta. Ve dvou případech ergoterapeut demonstroval úlohu osobního asistenta. Klientům pak byly předány veškeré potřebné informace ohledně této služby/o této službě.

2.7.2 Problematické oblasti interprofesní spolupráce

Snahou bylo odpovědět na výzkumnou otázku ohledně základních problematických oblastí interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku v ČR, se zaměřením na Prahu. Nutno podotknout, že život ve velkoměstě nese pro osoby po poškození mozku řadu výhod, a to především dostupnost výše zmíněných služeb.

Problémem je spíše systém rehabilitace obecně bez provázanosti sektorů, především zdravotního a sociálního. Tato problematika je nastíněna v teoretické části práce.

Přestože šlo o uměle vytvořenou situaci, ne ve všech případech došlo přímo k interprofesní spolupráci. K interprofesní spolupráci mohlo dojít u těch, kteří před pravidelnými intervencemi v domácím prostředí absolvovali denní stacionář na Klinice rehabilitačního lékařství. Jak je názorně vyobrazeno na schématu (obrázek č. 1), ergoterapeut mohl s odborníky spolupracovat již v rámci individuálních terapií (fyzioterapie, logopedie), nebo muzikoterapie. U ostatních klientů byl využit spíše multidisciplinární přístup. Během rehabilitačního procesu proběhla s odborníkem komunikace především ve smyslu zadávání zakázky a bylo s ním diskutováno pouze o dané problémové oblasti (Körner et al., 2010).

2.7.3 Možnosti ergoterapeutické intervence a role ergoterapeuta

Ergoterapeutická intervence v domácím prostředí je pro klienta i jeho blízké přínosná. Prostřednictvím domácí návštěvy lze odhalit informace, které by v jiném prostředí (instituci) nebyly detekovány. Ergoterapeut může na základě zhodnocení zvládání běžných denních činností, volnočasových aktivit a odhalení bariér, navrhnout kroky k možnému řešení a úpravám (Švestková, 2015). Tak tomu bylo u jednotlivých případů. Ergoterapeut k případům přistupoval individuálně, musel se vypořádat s různými bariérami a operativně reagoval na nově vzniklé situace.

Díky známému prostředí klient i jeho rodina navázali s ergoterapeutem důvěrný vztah. Během intervencí se vynořovaly osobní problémy, přání, ale i stížnosti, na které se ergoterapeut snažil reagovat. V některých případech nebyl zcela kompetentní, proto přizval/doporučil vhodného odborníka.

Analýzou případových studií vzešlo 6 kategorií, které jsou blíže specifikovány v tabulce č. 8. V rámci intervencí tak proběhl nácvik a trénink pADL a iADL. V souvislosti s tím byli klientům doporučovány vhodné kompenzační pomůcky a úpravy prostředí. Klientům byly nabízeny možnosti smysluplného trávení volného času.

Na poslední z výzkumných otázek – jaká je role ergoterapeuta v interprofesním týmu lze odpovědět koordinátor a informátor. Pravidelné intervence v domácím prostředí pro odborníky sloužily jako zpětná vazba a poskytovaly komplexní pohled na klienta. Pole působnosti ergoterapeuta bylo zaměřeno na vykonávání všedních denních činností a trávení volného času.

V teoretické části je této oblasti věnovaná podkapitola, která představuje ergoterapeuta jako case managera. Výsledky diplomové práce toto tvrzení potvrzují. Je však opět nutné dodat, že se v tomto případě jednalo o uměle nastavenou situaci.

2.8 Diskuse

2.8.1 Diskuse k teoretickým podkladům

V teoretické části diplomové práce bylo snahou autorky uceleně prezentovat informace ohledně systému rehabilitace osob po poškození mozku v České republice. Systém již poměrně funguje u osob v akutní a případně subakutní fázi, které jsou umístěné na nemocničních lůžkách, ale chybí návaznost rehabilitace. Právě z těchto důvodů žije u nás vysoké procento osob s disabilitou v institucích. Chybí návazná koordinovaná komunitní rehabilitace. Vodítkem pro vyhledávání informací a samotným zdrojem bylo „Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku“ (Maršálek a kol, 2011).

Na základě Věstníku MZČR 2/2010 jsou zajištěny materiální technické a personální podmínky komplexních cerebrovaskulárních center a iktových center. Tyto centra poskytují akutní i následnou péči pouze pacientům po cévní mozkové příhodě. Takto nastavená a organizovaná péče se netýká pacientů po traumatickém poškození mozku, přestože jejich stav může být s osobami po CMP srovnatelný. Pro pacienty s traumatickým poškozením mozku a nádorovým onemocněním jsou zřízena specializovaná traumacentra a péče jim je poskytována také na jednotkách intenzivní péče neurochirurgických odděleních.

Dle informací z dostupné literatury lze za nedostatek aktuálního systému rehabilitace a celkově zdravotnických služeb shledat oblast financování. Po dobu hospitalizace pacienta je ze zdravotního pojištění odváděn paušální poplatek. Analýzou finančních nákladů se zabýval Roubal a kol. (2011), který uvádí, že nejvyšší náklady bývají v prvních dvou měsících. První dny péče vycházejí v přepočtu na 25 000 – 45 000 Kč denně. V dalších měsících je úhrada výrazně nižší. K navýšení může dojít v důsledku komplikací, kdy je nutný další operační výkon a především pak hospitalizací v lůžkovém rehabilitačním zařízení. Z velké části jsou v nákladech těchto zařízení zahrnuty především „hotelové“ služby.

Pro změnu v této oblasti lze čerpat u zahraničních kolegů. V Německu již řadu let funguje fázový model rehabilitace. Jsou v něm pevně stanovena kritéria přijetí i doby intervence a také intenzita terapie v jednotlivých fázích. U pacientů dochází k pravidelnému přezkoumání s využitím Barthel index, na základě kterého je upravována délka a působení v jednotlivých fázích. Výše nákladů je určena podle těchto ukazatelů.

V poslední fázi dochází k sociální integraci a snahou je navrátit člověka do pracovního procesu (Lippertová-Grünrová, 2012).

Ve Švédsku je trend takový, že u mírných stavů po CMP jsou pacienti propouštěni do domácího prostředí již po dvanácti dnech od příhody. U takového pacienta pak probíhají domácí návštěvy jednotlivých odborníků, kdy cílem je především zhodnotit prostředí a umožnit pacientovi maximální možnou soběstačnost (Nordin et al., 2015).

V České republice je dobře zvládnutá péče a rehabilitace za doby hospitalizace. Chybí však provázanost Ministerstva zdravotnictví s Ministerstvem práce a sociálních věcí. Přitom záměrem péče a rehabilitace je navrácení člověka zpět do domácího prostředí. Dle Maršálka a kol. (2011) v České republice chybí služby, které by umožnily pacientovi život doma.

Známé domácí prostředí přitom může mít na osobu s disabilitou terapeutický efekt. Důležitost prostředí a vliv prostředí na člověka je popsán v několika teoretických modelech, ze kterých vychází ergoterapeutická praxe (Bottari et al., 2006). Chiatti a Iwarssonová (2014) tvrdí, že domácí prostředí je klíčovým determinantem, zdraví, kvality života a životní pohody. Prostor je také jednou z hlavních domén Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. O filosofický základ této klasifikace se autorka práce opírá v praktické části. Ergoterapeut neklasifikuje člověka – není pro něj pouze výčet diagnóz, ale popisuje a klasifikuje situace v řadě okolností. Disability nemusí být trvalá. Ergoterapeut se svým působením snaží odstranit bariéry a především pak poskytnout facilitaci/facilitátory (MKF, 2008).

Pole působnosti ergoterapeuta v domácím prostředí je široké. Cílem je usnadnění a zlepšení kontroly motorických funkcí současně s maximalizací schopností pacienta v oblasti soběstačnosti. Ergoterapeut hodnotí schopnosti klienta provádět jeho každodenní činnosti, osobní záležitosti, domácí práce, pracovní a volnočasové aktivity (Rowland et al., 2008). Přínos ergoterapeutických intervencí v domácím prostředí je především v tom, že lze odhalit informace, které by v jiném prostředí (instituci) nebyly detekovány (Švestková, 2015). Mimo instituci může navíc dojít k navázání důvěrnějšího vztahu. Toto se projevilo právě v rámci pravidelných intervencí, kdy se klient svěřil se svými obavami a přáními. V tomto konkrétním případě se jednalo o partnerské záležitosti včetně intimního milostného života. Ergoterapeut se necítil být v této oblasti kompetentní, a proto se obrátil na příslušného odborníka.

Právě spolupráce s dalšími odborníky – interprofesní spolupráce tvoří základ této práce. Dle Körnera et al. (2010) jsou předpokladem fungování interprofesního týmu společná setkání určena pro diskusi. Společně se tým snaží navrhnout cíle a plány terapie pro konkrétního klienta. Ideální je stejná hierarchická úroveň. Švestková a kol. (2017) však uvádí pro potřebu koordinace řídící osobu – case managera. V rámci denního stacionáře na Klinice rehabilitačního lékařství jím je lékař. Ten zodpovídá za vedení jednotlivých případů. V domácím prostředí úlohu case managera zastupuje nejčastěji sociální pracovník. Terénní sociální pracovník vede klientův případ, spolu s klientem volí kdy a jaká sociální služba, instituce, organizace vstoupí do řešení klientovy zakázky (Agentura pro sociální začleňování, ©2018). Opět je nutné v tomto kontextu zmínit, že v systému rehabilitace doposud nedochází ke spolupráci mezi resorty Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí.

Lze tvrdit, že úlohy case managera v domácím prostředí klienta se v realizaci praktické části zhostil ergoterapeut. Tato pozice v ČR není pro něj zcela běžná. Jedním z důvodů proč tomu tak je, uvádí Rohlenová (2018). Dle jejích informací je zdravotní péče formou domácích návštěv definovaná jako „zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta“. Je zde řazena „návštěvní služba“ a také „domácí péče“. Autorka práce se nad těmito formami zamýšlí a vidí zde možnost začlenit zde i ergoterapeutické domácí návštěvy. Odbornost ergoterapeuta však není legislativně uvedena ve výčtu kompetentních odborností.

Větší povědomí o ergoterapeutovi v roli case managera je samozřejmě dohledatelné v zahraniční literatuře. Velice zajímavý názor mají autoři Robinsonová, Fisher a Broussardová (2016), kteří se opírají o historický kontext oboru ergoterapie. Zakladatelé oboru byli vzdělaní v různých oborech, a proto přirozenou povahou ergoterapeuta je spolupráce.

2.8.2 Diskuse k praktické části

Jak už bylo uvedeno výše, ergoterapeutické intervence v domácím prostředí nejsou v České republice prozatím zcela běžné. V současné době k tomu dochází na základě plnění projektů, kdy například pilotní projekt městské části Prahy 7 od května tohoto roku zaměstnal ergoterapeuta pro realizaci domácích návštěv. Jeho náplní je poskytovat poradenské služby, hodnotit domácí prostředí, navrhuje vhodné úpravy a podporuje klienty při realizaci ergoterapeutických doporučení (MČ Praha 7, 2018). Také Jihočeská univerzita realizuje v souvislosti s touto problematikou projekt s názvem

Koordinovaná rehabilitace u pacientů po poškození mozku. Cílem projektu je obhájit potřebnost intervencí v domácím prostředí zprostředkovaných odborníky (členy interprofesního týmu) včetně ergoterapeuta (GAJU, grant č. 138/2016/S).

Právě i data z této diplomové práce budou zařazena do tohoto projektu. Při realizaci praktické části byla autorka částečně svázaná kritérii, které se vztahují k tomuto projektu. Na druhou stranu získala přístup k veškerým potřebným hodnotícím nástrojům a materiálům. Doba trvání pravidelných intervencí byla stanovena na tři měsíce. Ne ve všech případech to bylo reálné. Kontinuita intervence byla u dvou klientů přerušena. Klient „E“ dostal vyjádření ohledně nástupu do lázní přibližně po měsíci spolupráce. Klientka „F“ musela být pro své zdravotní komplikace několik dní hospitalizována a určitou dobu se pak potýkala s omezeními, které neumožnily včasější navázání spolupráce. Oba tito klienti projevili zájem pokračovat v intervencích i po přerušení. Vzhledem k plnění zadaných cílů a především potenciálu pro jejich naplnění se ergoterapeut rozhodl u těchto klientů spolupráci prodloužit přibližně na čtyři měsíce. Přestože nebyla zachována kontinuita, přínos ergoterapeutických intervencí byl patrný vzhledem ke zhodnocení dosažených cílů.

Časová náročnost se projevila i během jednotlivých intervencí. Snahou bylo docházet ke klientovi jednou týdně. Vzhledem k časovým možnostem ergoterapeuta i klienta tomu nebylo možné vždy dostát. Je potřeba zohlednit přepravu do místa bydliště a náplň samotné terapie. Domácí prostředí a blízké okolí nabízí široké spektrum zaměření terapie. Během pravidelných intervencí tak proběhl nácvik vykonávání iADL, který zahrnoval pohyb v exteriéru. Pro člověka, který se potýká s omezením v oblasti pohybu, to může znamenat navýšení času při překonání určité vzdálenosti. Tato situace nastala u klientky „F“, kdy cílem ergoterapeutických intervencí bylo zvládnutí jízdy MHD, nákup potravin v blízkém obchodě a využití služeb (konkrétně kadeřníka). Terapeutická jednotka u této klientky trvala v průměru asi dvě hodiny. Obdobně tomu bylo i u dalších klientů, kdy se cíle pravidelné spolupráce vztahovaly ke zvládnutí iADL. Vysoká časová dotace se dala v tomto případě tolerovat, jelikož šlo o uměle vytvořenou situaci, kdy se ergoterapeut nezodpovídal žádné instituci. V reálné praxi by to však nebylo možné. Individuální ergoterapie má časovou dotaci 30 minut a především je na základě legislativy omezena místem výkonu. Ergoterapeutický výkon – Nácvik všedních denních činností (ADL) již není omezen místem, tudíž by se zde dal zařadit nácvik iADL, ale opět je zde relativně malá časová dotace 30 minut (Rodová, 2015).

Blomgren et al. (2017) ve své práci hodnotí vykonávání běžných denních činností u osob po mozkové příhodě v domácího prostředí. S odstupem několika let zaznamenal nejnižší výkon právě při zvládání iADL a trávení volného času. V souvislosti s těmito údaji je vhodné zařadit trénink iADL a navrhnout možné volnočasové aktivity v rámci ergoterapeutických intervencí.

Pro samotnou realizaci se zde nabízí využít rodinu a blízké. Zapojení rodinných příslušníků však může mít svá úskalí. Během intervencí se projevila potřeba klientů vymanit se ze závislosti na jejich pomoci. Nejčastěji to bylo právě v souvislosti s vykonáváním iADL a trávením volného času. Řešením zde bylo do spolupráce zahrnout osobního asistenta. Na území Prahy je možné sjednat si službu asistence do dvou dní (ideální doba objednání je týden dopředu). Jedná se o placenou službu, kdy hodina asistence vyjde přibližně na 130 Kč (Asistence o.p.s.). Tuto službu lze hradit z příspěvků.

Finanční náročnost může být pro klienta odrazující a službu ještě před odzkoušením zavrhnout. V důsledku toho ergoterapeut v rámci pravidelných intervencí demonstroval úlohu osobního asistenta. Využití těchto služeb poté bylo zcela na dobrovolnosti klienta. Potřebné informace byly klientovi a případně i rodině předány.

U klienta „B“ došlo k navázání spolupráce s „neoficiálním“ osobním asistentem. Spolupráce s ním proběhla ve smyslu instruktáže pro zajištění bezpečného pohybu klienta v exteriéru. Byly mu představeny dosavadní alternativy volnočasových aktivit klienta, které spolu s ním postupem času dále rozšiřovali.

Další z odborníků, se kterým došlo ke spolupráci za účelem zlepšení pohyblivosti klienta, byl fyzioterapeut. Spolupráce s ním proběhla celkem v pěti ze šesti případů. Dojít k tomu mohlo především ve spolupráci s Klinikou rehabilitačního lékařství. Jednalo se o klienty, kteří na klinice absolvovali denní stacionář. Ze schématu (obrázek č. 1), které vzniklo analýzou případových studií, je patrné, že mohlo dojít ke spolupráci během individuální ambulantní terapie. Zde byly s klientem a fyzioterapeutem probírány reálné možnosti intervencí v domácím prostředí a navrhovány cíle. Pro zlepšení se v oblasti mobility, která by pak eventuálně vedla ke zlepšení v ADL, fyzioterapeut ve většině případů klientovi zadal cvičební jednotku. Působení ergoterapeuta v domácím prostředí tak zde posloužilo jako zpětná vazba pro fyzioterapeuta. Klientovo domácí prostředí v některých případech nebylo pro zadané cviky zcela ideální, ale právě zásahem ergoterapeuta mohl být klient naveden k určité modifikaci.

Klientce „D“ byla v rámci pravidelné spolupráce zprostředkována služba fyzioterapie v domácím prostředí. Tato služba je opět hrazená a v tomto případě klientka pravidelnou spoluprací odmítla. Tuto hrazenou službu využívali pravidelně dva z šesti klientů. Proto ke spolupráci s fyzioterapeutem mohlo dojít v domácím prostředí těchto klientů. U klienta „E“ se tak podařilo dosáhnout zkvalitnění v oblasti pADL. Ve spolupráci s fyzioterapeutem byly hledány alternativy přesunu na toaletu. Řešením v této konkrétní situaci bylo pořízení nástavce na WC.

Při řešení zcela odlišného problému došlo ke spolupráci s fyzioterapeutem u klientky „C“. Klientka „C“ se odborníkům svěřila v souvislosti s problémy v partnerském životě a především negativním postojem ze strany rodičů. Úlohou fyzioterapeuta bylo na základě těchto poznatků zaměřit individuální terapii na uvolnění v oblasti kyčelního kloubu za účelem zvětšení rozsahu pohybu. Ergoterapeut se zaměřil na spolupráci s rodinou. Shledal však, že je to nad rámec jeho kompetencí. V této situaci se nabízela možnost zainteresovat dalšího odborníka, konkrétně sexuálního asistenta. Spolupráce s ním nebyla navázána přímo, ačkoliv by to mohlo být pro ergoterapeuta přínosné. Klientce i rodině byly předány veškeré potřebné informace a kontakty.

Ergoterapeut v rámci intervence v domácím prostředí může odhalit bariéry, které klienta limitují a na základě zhodnocení může navrhnout kroky k možnému řešení (Švestková, 2015). Zcela nevyhovující bytová situace se projevila u klienta „A“. Ačkoliv se klient a jeho rodina stěhovali do částečně zrekonstruovaného bytu (bezbariérové úpravy), netušili, že největším problémem bude přístup do bytu. V domě je velmi malý výtah, který klienta a doprovázející osobu značně limituje. Klient „A“ je v oblasti mobility zcela závislý na fyzické pomoci další osoby. Pro lokomoci využívá pasivní mechanický vozík, který je navíc vzhledem ke klientově konstituci rozměrný. Při přepravě výtahem je vždy nutná demontáž stupaček a doprovázející osoba doslova leží na klientovi. V souvislosti s touto problematikou bylo možné se obrátit na sociálního pracovníka. Ten s klientem také spolupracoval v rámci jeho domácího prostředí, zhodnotil situaci a podnikl kroky k možnému řešení. I když přímo jednal s bytovým družstvem, ozřejmil jim možné čerpání dávek z Ministerstva práce a sociálních věcí, které by představovaly úsporu ve fondu oprav, bytové družstvo zaujalo negativní postoj. Tato situace vedla autorku zařadit do schématu (obrázek č. 1) faktory prostředí a faktory systému. V tomto případě měly tyto faktory negativní dopad na naplnění stanoveného cíle.

U klientky „D“ nebyla situace z hlediska bariér tak vážná, přesto i v tomto případě ergoterapeut doporučil některé úpravy. Jednalo se například o výměnu poštovní schránky. Pro vyjmutí obsahu musela klientka vsát z mechanického vozíku. V této poloze je nestabilní hrozí riziko pádu. Bylo jí doporučeno, aby se obrátila na sousedku a požádala o výměnu schránek. Toto doporučení ergoterapeuta i mnohá další ve většině případů ignorovala. Negativní postoj klientky se odrazil v plnění stanovených cílů. Jak je z případové studie zřejmé, bohužel u ní nedošlo k žádnému zlepšení a naopak došlo ke zhoršení v oblasti vykonávání pADL.

V této případové studii se projevila nedostatečná podpora ze strany rodinných příslušníků. S rodinou zde byla navázána komunikace pouze prostřednictvím e-mailů a telefonních hovorů. Ergoterapeut se touto cestou snažil rodinu začlenit do spolupráce, která by v ideálním případě vedla k větší soběstačnosti klientky. Tato případová studie vedla při tvorbě schématu (obrázek č. 1) k vyznačení „přerušované čáry“ (která znázorňuje, že k tomuto kroku nemuselo dojít) mezi „realizací terapie“ a „spoluprací klienta“, „spoluprací rodiny“ i „spoluprací s odborníky“. V ostatních pěti případech byli klienti ve větší či menší míře spolupracující a i s rodinou bylo možné bez větších problémů komunikovat a spolupracovat.

Dle Zacharové, Hermanové a Šrámkové (2007) je právě rodina ve většině případů aktivním činitelem v zajištění léčby a podmínek pro uzdravení. Rodina by měla být spojencem zdravotníků a mělo by jim být umožněno maximální možné zapojení. Samozřejmě s ohledem na klientova přání. Rodina klientovi s disabilitou může poskytnout pomoc fyzickou (pomoc při provádění pADL a iADL), psychickou (motivovat ho, podporovat ho v rozvoji) a v neposlední řadě materiální. U některých z klientů spravování financí převzali právě rodinní příslušníci. Management financí je jednou z položek při hodnocení iADL, proto se i zde nabízí možné pole působnosti pro ergoterapeuta, jak ve své pilotní studii potvrzuje i Kollerové et al. (2017).

Některým klientům byly v rámci intervencí doporučeny kompenzační pomůcky. Ve většině případů je fyzicky opatřili právě rodinní příslušníci. Některé z těchto pomůcek byly hrazeny zdravotní pojišťovnou. Za účelem získání poukazu ergoterapeut spolupracoval s lékařem. U klienta „E“ tak mohlo dojít k pořízení nástavce na WC pro zkvalitnění přesunů a sedáku do mechanického vozíku.

Po uzavření všech případů se ergoterapeut zamýšlel, zda ve všech těchto případech došlo k interprofesní spolupráci. Pokud chce vycházet z pojetí interprofesní

spolupráce dle Körnera et al. (2010), že odborníci interprofesního týmu se setkávají pravidelně za účelem diskuse, aby společně navrhli cíle a plány terapie u dané osoby, tak nikoliv. Ne ve všech případech bylo možné interprofesní posouzení. Autorka práce toto uvádí ve shrnutí výsledků. K interprofesní spolupráci mohlo dojít u klientů, u kterých bylo pravidelnými ergoterapeutickými intervencemi navázáno na denní stacionář na Klinice rehabilitačního lékařství.

Výsledky a veškeré závěry vyvozené autorkou mohou být zkreslené subjektivním zhodnocením ze strany ergoterapeuta. Nutno podotknout že výzkumný soubor zahrnoval pouze 6 osob. Přestože se ve všech případech jednalo o osoby po poškození mozku, zastoupení diagnóz bylo nesouměrné. Většina klientů (5 z 6) byly osoby se získaném poškození mozku a pouze jeden klient („B“) s degenerativním poškozením mozku. Tento klient byl zařazen na základě zhodnocení jeho situace ve smyslu zvládání pADL a iADL a na základě jeho (v tomto případě i manželčiných) očekávání. Došlo ke stanovení cílů a plánů. Jak je z výsledků patrné, pravidelné ergoterapeutické intervence a interprofesní spolupráce byly pro klienta přínosné.

3 Závěr

Rehabilitace osob po poškození mozku je vždy dlouhodobým procesem, kdy se nebere v úvahu pouze diagnóza, ale především vzniklá disabilita. Proto je zapotřebí na jakýkoliv aspekt vzniklý poškozením mozku nahlížet holisticky. Tento proces tak nutně zahrnuje osoby po poškození mozku, odborníky různých profesí, stejně tak neprofesionály, jako jsou rodinní příslušníci, přátelé a mnozí další (Körner, 2010). Pokud se tyto osoby pravidelně setkávají, aby společně navrhli cíle a plány terapie, funguje mezi nimi dobrá komunikace, lze hovořit o interprofesním týmu.

Rehabilitační proces si za cíl klade optimální participaci v běžných denních aktivitách a sociálních situacích (Wade in Dietz and Ward, 2015). Právě úlohou ergoterapie je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech, pracovních činnostech a volnočasových aktivitách.

Cílem této práce bylo zhodnotit současný stav a význam interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku z pohledu ergoterapeuta, zjistit jaké jsou základní problematické oblasti a nedostatky v ČR.

Z analýzy případových studií vzešlo 6 kategorií, které odpovídaly náplní jednotlivých intervencí a korelovaly se stanovenými cíli dlouhodobé terapie. Pro splnění cílů jednotlivých případů došlo k interprofesní spolupráci. Členy interprofesního týmu byly ergoterapeuti, fyzioterapeuti, v některých případech sociální pracovník, logoped, osobní asistent, lékař, psycholog, sexuální asistent, samozřejmě rodinní příslušníci či partneři a klient. Podklady z jednotlivých případů posloužily k vytvoření schématu průběhu interprofesní spolupráce v domácím prostředí klienta.

Záměrem také bylo zhodnotit úlohu ergoterapeuta vůči interprofesnímu týmu. Vzhledem k nastaveným podmínkám, kdy se jednalo o uměle vytvořenou situaci, se ergoterapeut zhostil funkce case managera. Pravidelné intervence v domácím prostředí pro odborníky sloužily jako zpětná vazba a poskytovaly komplexní pohled na klienta.

Podrobné představení jednotlivých případů může sloužit jako zdroj informací a inspirace nejen pro ergoterapeuty, ale pro všechny členy interprofesního týmu.

4 Seznam použité literatury

1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén, 2010. ISBN 9788072626489.
2. ADAMEC, Aleš, Jana FRIEDLEROVÁ, Terezie HRADÍLKOVÁ a kol. Kontext deinstitucionalizace v ČR In *Manuál transformace ústavů*. 1 vyd. Praha: MPSV, 2013 [cit. 2018-04-01]. ISBN 978-80-7421-057-0. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/text.pdf>
3. ANGEROVÁ, Yvona, Olga ŠVESTKOVÁ, Jana SÜSSOVÁ a kol. Neurorehabilitace. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2010, **73**(2), 131-135 [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <http://www.csnm.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/neurorehabilitace-33805>
4. BAR, Michal a Irina CHMELOVÁ. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Zdraví E15* [online]. Postgraduální medicína, 2011 [cit. 2015-11-2]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>
5. BEDNARČÍK, Peter. Degenerativní onemocnění mozku, míchy. In: *Biomag* [online]. 2018 [cit. 2018-11-29]. Dostupné z: <https://www.biomag.cz/degenerativni-onemocneni-mozku-michy/>
6. BEZDÍČEK, Ondřej, Jan MICHALEC, Tomáš NIKOLAI a kol. Validita Montrealského kognitivního testu pro detekci mírné kognitivní poruchy u Parkinsonovy nemoci. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie* [online]. 2014, **77**(110), 47-53 [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: <http://www.csnm.eu/pdf?id=47209>
7. BLOMGREN, Charlotte, Katarina JOOD, Christina JERN et al. Long-term performance of instrumental activities of daily living (IADL) in young and middle-aged stroke survivors: Results from SAHLSIS outcome. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*[online]. 2017, [cit. 2017-08-08]. DOI: 10.1080/11038128.2017.1329343. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11038128.2017.1329343>
8. BONDOC Salvador and Tracy WALL. Interprofessional Educational Experience to Assist in Student Readiness Toward Neurorehabilitation. *Occupational Therapy In Health Care* [online].

- 2015, **29**(2), 153-164 [cit. 2017-08-06]. DOI: 10.3109/07380577.2015.1012775. ISSN 0738-0577. Dostupné z:
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/07380577.2015.1012775>
9. BOTTARI, Carolina, Elisabeth DUTIL, Clement DASSA and Constant RAINVILLE. Choosing the most appropriate environment to evaluate independence in everyday activities: Home or clinic?. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2006, 53(2), 98-106 [cit. 2018-10-25]. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2006.00547.x. ISSN 0045-0766. Dostupné z:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1630.2006.00547.x>
 10. BRUTHANSOVÁ, Daniela a Věra JEŘÁBKOVÁ. *Koordinovaná rehabilitace* [online]. Praha: VÚPSV, 2012 [cit. 2018-03-27]. ISBN 978-80-7416-102-5. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_344.pdf
 11. Case management v sociálních službách. In: *Agentura pro sociální začleňování* [online]. Úřad vlády ČR, ©2018 [cit. 2018-11-28]. Dostupné z:
<http://www.socialni-zaclenovani.cz/case-management-v-socialnich-sluzbach>
 12. CUMMINS, Steven, Sarah CURTIS, Ana DIEZ-ROUX et al. Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine* [online]. 2007, **65**(9), 1825-1838 [cit. 2018-05-20]. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.05.036. ISSN 02779536. Dostupné z:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953607003061>
 13. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. © 2008 [cit. 2017-10-20]. Dostupné z:
<http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>
 14. Česká onkologická společnost ČLS JEP. *Pacient a rodina* [online]. ČOS ČLS JEP, ©2018 [cit. 2018-11-26]. Dostupné z:
<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor&diag=C71&zobrazeni=graph&incidence=1&mortalita=1#>
 15. DIETZ, Volker a Nick WARD. *Oxford Textbook of Neurorehabilitation*. Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-967371-1.
 16. DOIG, Emmah, Jennifer FLEMING, Pim KUIPERS et al. Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury - A systematic review. *Disability and Rehabilitation* [online]. 2010, 32(25), 2061 - 2077 [cit. 2017-01-25]. DOI:

- 10.3109/09638281003797356. ISSN 09638288. Dostupné z:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638281003797356>
17. GIBSON, Barbara, Barbara SECKER, Debbie ROLFE et al. Disability and dignity-enabling home environments. *Social Science & Medicine* [online]. 2012, **74**(2), 211-219 [cit. 2018-05-20]. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.10.006. ISSN 02779536. Dostupné z:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953611006472>
 18. GROENEVELD, Iris, Jorit MEESTERS, Henk ARWERT, et al. Practice variation in the structure of stroke rehabilitation in four rehabilitation centres in the Netherlands. *Journal of Rehabilitation Medicine* [online]. 2016, **48**(3), 287-292 [cit. 2018-11-26]. DOI: 10.2340/16501977-2054. ISSN 1650-1977. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26843457>
 19. GUSTAFSSON, Louise, Laura HUTCHINSON, Deborah THEODOROS et. al. Healthcare students' experiences of an interprofessional, student-led neuro-rehabilitation community-based clinic. *Journal of Interprofessional Care* [online]. 2016, **30**(2), 259–261 [cit. 2017-03-05]. DOI: 10.3109/13561820.2015.1086730. ISSN 1469-9567. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26895418>
 20. HAYES, N., Psychologie týmové práce, Portál 2005, ISBN 80 – 7178 – 983 – 6
 21. HEIDENTHAL, P., Nursing leadership and management, Thomson Delmar Learning, Kanada 2003, ISBN 0-7668-2508-6
 22. HEMPLER, Isabelle, Kathrin WOITHA, Ulrike THIELHORN et al. Post-stroke care after medical rehabilitation in Germany: a systematic literature review of the current provision of stroke patients. *BMC Health Services Research* [online]. 2018, **18**(1) [cit. 2018-11-26]. DOI: 10.1186/s12913-018-3235-2. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29914476>
 23. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
 24. HLINOVSKÝ, David, Iveta DOLEŽALOVÁ a Jana HLINOVSKÁ. Komplexní rehabilitace pacientů po cévní mozkové příhodě: projekt iktového centra Thomayerovy nemocnice. *Praktický lékař* [online]. 2016, **6**(96), 267-271 [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar->

[clanek/komplexni-rehabilitace-pacientu-po-cevni-mozkove-prihode-projekt-iktoveho-centra-thomayerovy-nemocnice-59726](#)

25. HOSKOVCOVÁ, Martina, Ivana HEREJKOVÁ, Tomáš NIKOLAI a kol. *Metodická příručka pro odborníky pracující v oblasti NEUROREHABILITACE* [online]. Praha: Erudis, 2014 [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: <http://www.neuroreha.cz/sites/default/files/materialy/Metodick%C3%A1%20p%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka%20pro%20odborn%C3%ADky%20pracuj%C3%ADc%C3%AD%20v%20neurorehabilitaci.pdf>
26. HUZZARD Tom, Andreas Hellström and Svante LIFVERGREN. Whole System in the Room: Toward Systems Integration in Healthcare. *Health Communication* [online]. 2017, **33**(7) [cit. 2018-11-26]. ISSN 1041-0236. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2017.1314854>
27. HUZZARD, Tony, Andreas HELLSTRÖM a Svante LIFVERGREN. Whole System in the Room: Toward Systems Integration in Healthcare. *Health Communication* [online]. 2017, **33**(7) [cit. 2018-11-26]. ISSN 1041-0236. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2017.1314854>
28. CHIATTI, Carlos and Susanne IWARSSON. Evaluation of housing adaptation interventions: integrating the economic perspective into occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2014, **21**(5), 323-333 [cit. 2018-11-26]. DOI: 10.3109/11038128.2014.900109. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2014.900109>
29. Informace pro zájemce o službu. In: *Asistence o.p.s* [online]. Praha: Asistence o.p.s [cit. 2018-11-28]. Dostupné z: <http://www.asistence.org/informace-pro-zajemce-o-sluzbu>
30. Invalidní důchody. In: *ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ* [online]. Praha: ČSSZ, 2017 [cit. 2018-11-26]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-duchody.htm>
31. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675837

32. KALITA, Zbyněk. Národní registr cévních mozkových příhod: (registr IKTA) – je potřebný?. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2013, 2012, **76**(109), 23-25 [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: http://www.csnm.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/narodni-registr-cevnich-mozkovych-prihod-registr-ikta-je-potrebný-39598?confirm_rules=1
33. KALVACH, Zdeněk a kol. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb* [online]. Diakonie ČCE, 2014 [cit. 2018-04-01]. ISBN 978-80-87953-08-2. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/5c84ed46aa0abfec4ac40610dde11285/diakonie_zdrav-soc_sluzby_publikace.pdf
34. KHAN, Fary, Bhasker AMATYA, Mary P. GALEA et al. Neurorehabilitation: applied neuroplasticity. *Journal of Neurology* [online]. 2017, **264**(3), 603-615 [cit. 2017-06-17]. ISSN 1432-1459. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27778158>
35. KOLAJOVÁ, L., Týmová spolupráce, Grada 2006, ISBN 80 – 247 – 1764 – 6
36. KOLLER, Kathryn, Lindsay WOODS, Lisa ENGEL et al. Loss of Financial Management Independence After Brain Injury: Survivors' Experiences. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2016, **70**(3), 7003180070p1- [cit. 2017-07-29]. DOI: 10.5014/ajot.2016.020198. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <http://ajot.aota.org/article.aspx?doi=10.5014/ajot.2016.020198>
37. KOPEČEK, Miloslav a kol. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative Data for Old and Very Old Czech Adults. *Applied Neuropsychology: Adult* [online]. 2016, , 1-8 [cit. 2017-05-24]. DOI: dx.doi.org/10.1080/23279095.2015.1065261. ISSN 2327-9109. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23279095.2015.1065261>
38. KÖRNER, Mirjam et al. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2010, **24**, 745-755 [cit. 2017-03-05]. DOI: 10.1177/0269215510367538. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20530646>
39. KRÁSA, Václav. Informace č.: 91 - 2018: Zvýšení příspěvku na péči. In: *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. ©2010, 2018 [cit.

- 2018-11-26]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/2023-informace-c-91-2018-zvyseni-prispevku-na-peci.html>
40. KRHUTOVÁ, Lenka. *Koordinovaná rehabilitace I* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, 2017 [cit. 2018-11-26]. ISBN 978-80-7464-965-3. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/koordinovana-rehabilitace-1.pdf>
41. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
42. KRULOVÁ, Anna. Interprofesionální rehabilitační tým a case management. In: *Univerzita Karlova* [online]. Praha, ©2018, 2015 [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/studium/predmety/index.php?do=predmet&kod=B02637>
43. KRUPA, Terry and Carrie CLARK. Occupational therapists as case managers: Responding to current approaches to community mental health service delivery. *Canadian journal of Occupational Therapy* [online]. 1995, **62**(1), 16-22 [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10142082>
44. LAW, Mary, Barbara COOPER, Susan, STRONG et al. The Person-Environment-Occupational Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 1996, **63**(1), 219-233 [cit. 2017-05-21]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000841749606300103?journalCode=cjoc>
45. Legislativní rámec DRG. In: *DRG restart: Metodická optimalizace a zefektivnění systému úhrad nemocniční péče ČR* [online]. ÚZIS, 2016 [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: <https://drg.uzis.cz/index.php?pg=o-projektu--legislativa>
46. LEKANDER, Ingrid, Carl WILLERS, Elisabeth EKSTRAND, et al. Hospital comparison of stroke care in Sweden: a register-based study. *BMJ Open* [online]. 2017, **7**(9) [cit. 2018-11-26]. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015244. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5595224/>
47. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. Fázový model neurorehabilitace. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2012, **75**(6), 689-693 [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <http://www.csmn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/fazovy-model-neurorehabilitace-38947>

48. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. Trauma mozku a jeho rehabilitace. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-569-7.
49. LITTLE, Meg M, Catherine A ST.HILL, Kenric B WARE et al. Team science as interprofessional collaborative research practice: a systematic review of the science of team science literature. *Journal of Investigative Medicine* [online]. 2016, **65**(1), 15-22 [cit. 2018-11-27]. DOI: 10.1136/jim-2016-000216. ISSN 1081-5589. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5284346/>
50. MACHÁČOVÁ, Kateřina. SEMAFOR home – metodika hodnocení architektonických bariér v domácím prostředí. *Innovation Leadership Agency* [online]. 24.9.2014 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <http://www.ila.cz/cs/aktuality/semafor-home-metodika-hodnoceni-architektonickych-barier-v-domacim-prostredi/>
51. MARŠÁLEK, Pavel, Olga Švestková, Marcela JANEČKOVÁ a kol. *Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku* [online]. CEREBRUM, 2011 [cit. 2018-03-12]. ISBN 978-80-904357-5-9. Dostupné z: http://www.cerebrum2007.cz/design/Doporuceni_k_organizaci_systemu_zdravotne-socialni_pece_o_pacienty_po_ziskanem_poskozeni_mozku.pdf
52. MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
53. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Přeložil Jan PFEIFFER, přeložil Olga ŠVESTKOVÁ. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.
54. MILLINGTON, Michael Jay a Irmo MARINI. *Families in rehabilitation counseling: a community-based rehabilitation approach*. New York: Springer Publishing Company, [2015]. ISBN 9780826198754.
55. MUSIL, Libor in Michaela KOUBOVÁ. U pacientů po cévní mozkové příhodě chybí následná péče: Někteří dokonce putují z ARO do LDN. *Zdravotnický deník* [online]. 2015 [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/06/u-pacientu-po-cevni-mozkove-prihode-chybi-nasledna-pece-nekteri-dokonce-putuji-z-aro-do-ldn/>

56. *Nápadník 2016: sborník informací a rad pro život s postižením*. Brno: Liga vozíčkářů, 2015.
57. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020. In: *Vládní výbor pro zdravotně postižené občany* [online]. Vláda České republiky, 2015, s. 50 [cit. 2018-11-26]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-podpory-rovných-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotním-postižením-na-období-2015-2020-130992/>
58. NORDIN, Asa, Katharina SUNNERHAGEN and Asa AXELSSON. Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study. *BMC NEUROLOGY* [online]. 2015, 15(235) [cit. 2017-05-21]. ISSN 14712377. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647613/>
59. PARSE, Rosemarie. Interdisciplinary and Interprofessional: What Are the Differences?. *Nursing Science Quarterly* [online]. 2015, 28(1), 5-6 [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0894318414558624>
60. PAYNE, M., *Working in teams*, The Macmillan Press 1993, ISBN 0 – 333 – 30887 – 5
61. PODIVÍNSKÝ, Jiří, Lilia KOSTELECKÁ a Kamila BALOGOVÁ. Nemocný po cévní mozkové příhodě – kam s ním?. *Česká geriatrická revue* [online]. Pro Lékaře, 2003 [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: <http://www.digitalniknihovna.cz/nlk/view/uuid:c63037c2-4700-43ac-8db6-b9b408738ea0?page=uuid:8cf965c7-8c7f-498d-8f54-829871ff77b7>
62. PRŮŠA, Ladislav, Martin HOLUB, Miriam KOTRUSOVÁ a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009, s. 244 [cit. 2018-03-13]. ISBN 978-80-7416-048-6. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/9141/Analyza_potreb_socialnich_sluzeb_pro_seniory_a_ZP.pdf
63. Příspěvek na péči. In: *Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí* [online]. Praha: MPSV, 2016 [cit. 2018-11-26]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

64. RESSNER, Pavel a Dana ŠIGUTOVÁ. Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*[online]. 2001, 2(1), 31-35 [cit. 2018-11-26]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/01/10.pdf>
65. RESSNER, Pavel a Petra BÁRTOVÁ. Parkinsonské syndromy: MSA a PSP jako charakterističtí zástupci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2012, 13(3), 127-130 [cit. 2018-11-26]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/03/03.pdf>
66. RINGLEB, Peter, Marie-Germaine BOUSSER, Gary FORD et al. *Management ischemické cévní mozkové příhody a tranzitorní ischemické ataky - doporučení European Stroke Organisation* [online]. In: Germany: Department of Neurology, University of Heidelberg, 2009, [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO_Guidelines_CZ.pdf
67. ROBINSON, Monica, Thomas F. FISHER and Kim BROUSSARD. Role of Occupational Therapy in Case Management and Care Coordination for Clients With Complex Conditions. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2016, 70(2) [cit. 2018-11-27]. DOI: 10.5014/ajot.2016.702001. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <http://ajot.aota.org/article.aspx?doi=10.5014/ajot.2016.702001>
68. RODOVÁ, Zuzana. Legislativa. In: *ČAE: Česká asociace ergoterapeutů* [online]. [cit. 2018-11-28]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageHierarchyID=11&PageIndex=8&PageID=46&node=10&ParentPageID=51>
69. ROHLENOVÁ, Eva. *Hodnocení domácího prostředí z pohledu ergoterapie*. Praha, 2018. Diplomová. 1. LF UK. Vedoucí práce Zuzana Rodová.
70. ROUBAL, Tomáš, Martina MÁTLOVÁ, Petra SLÁDKOVÁ a kol. *Případová studie: Společenských nákladů spojených s následky poranění mozku* [online]. Praha: CEREBRUM, 2011 [cit. 2018-03-27]. ISBN 978-80-904357-6-6. Dostupné z: http://www.cerebrum2007.cz/design/Pripadova_studie_spolecenskych_nakladu_spojenych_s_nasledky_porani_mozku.pdf
71. ROWLAND, Tennille, Deirdre COOKE a Louise GUSTAFSSON. Role of occupational therapy after stroke. *Annals of Indian Academy of*

- Neurology [online]. 2008, 11(5), 99-107 [cit. 2017-05-21]. ISSN 09722327.
Dostupné z: <http://www.annalsofian.org/article.asp?issn=0972-2327;year=2008;volume=11;issue=5;spage=99;epage=107;aulast=Rowland>
72. SCAFFA, Marjorie and Maggie, REITZ. *Occupational therapy in community-based practice settings*. Second edition. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2014. ISBN 978-0803625808.
 73. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie: pro studium i praxi*. 2. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.
 74. SOMMER, Peter, Leonhard SEYFANG, Alexandra POSEKANY, et al.
Prehospital and intra-hospital time delays in posterior circulation stroke: results from the Austrian Stroke Unit Registry. *Journal of Neurology* [online]. 2017, **264**(1), 131-138 [cit. 2018-11-26]. DOI: 10.1007/s00415-016-8330-x. ISSN 0340-5354. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5225195/>
 75. SVĚCENÁ, Kateřina. Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013, **14**(3), 133-135 [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/2f4d6134625e321e1891777ee06149e6.pdf>
 76. SVĚCENÁ, Kateřina. *Praktická aplikace ICF* [online]. České Budějovice, 2014 [cit. 2018-05-21]. Dostupné z: https://theses.cz/id/myjbsa/DP_Svcen.pdf. Disertační práce. Jihočeská Univerzita. Vedoucí práce Olga Švestková.
 77. ŠTĚPÁNKOVÁ, Veronika. *Case management v multidisciplinární péči o rodinu s dítětem se zdravotním postižením*. Praha, 2012. Diplomová. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Petr Vrzáček.
 78. ŠTOGR, Josef. Partnerství, komunita, filantropie, participace: Vstupní texty k třídním seminářům programu Community partnership support initiative (CPSI). Praha: Open Society Fund Praha, 2001.
 79. ŠVESTKOVÁ, Olga, Jan PFEIFFER, Yvona ANGEROVÁ a kol. Organizace rehabilitace při použití MKF a stanovení stupně funkčního postižení podle kvalifikátorů MKF. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. 2010, (2), 43-50 [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2010-2/organizace-rehabilitace-pri-pouziti-mkf-mezinarodni->

[klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-a-zdravi-who-a-stanoveni-stupne-funkcniho-postizeni-disability-podle-kvalifikatoru-mkf-32755](#)

80. ŠVESTKOVÁ, Olga, Yvona ANGEROVÁ, Rastislav DRUGA a kol. *Rehabilitace motoriky člověka: Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2017. ISBN 9788027100842.
81. ŠVESTKOVÁ, Olga. Ergoterapie. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. 2015, **22**(1), 38-44 [cit. 2018-11-28]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2015-1/ergoterapie-51525>
82. TURNER-STROKES, Lynne. *Rehabilitation following acquired brain injury: National clinical guidelines* [online]. London: Royal College British Society of Rehabilitation Medicine of Physicians, 2003 [cit. 2018-03-27]. ISBN 1 86016 194 4. Dostupné z: <https://www.headway.org.uk/media/3320/bsrm-rehabilitation-following-acquired-brain-injury.pdf>
83. ÜSTÜN, T Bedirhan, Somnath CHATTERJI, Nenad KOSTANJSEK, et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. 2010, **88**(11), 815-823 [cit. 2018-11-27]. DOI: 10.2471/BLT.09.067231. ISSN 0042-9686. Dostupné z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/09-067231.pdf>
84. ÚZIS ČR: Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2016 [online]. Praha: ÚZIS, ©2010-2018 [cit. 2018-03-27]. ISSN 1210-8731. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>
85. Věstník: Ministerstva zdravotnictví České republiky, ročník 2010. *Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP* [online]. 2010 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: http://www.cmp.cz/public/2c/10/1c/4101_17446_ZDRAVOTNICTVI_08_10.pdf
86. Věstník: Ministerstva zdravotnictví České republiky, ročník 2012. *Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP* [online]. 2012 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: http://www.cmp.cz/public/7d/bf/34/4559_19733_ZDRAVOTNICTVI_10_12.pdf

87. Věstník: Ministerstva zdravotnictví České republiky, ročník
2015. *Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS
JEP* [online]. 2015 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z:
[http://www.cmp.cz/public/5f/f3/e9/4809_21789_ZDRAVOTNICTVI_11_15_1
_pdf](http://www.cmp.cz/public/5f/f3/e9/4809_21789_ZDRAVOTNICTVI_11_15_1.pdf)
88. VORLÍČEK, JIŘÍ., a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, 1.vyd. Praha: Grada,
2006. ISBN 80-247-1716-6
89. WINSTEIN, Carolee J., Joel STEIN, Ross ARENA, et al. Guidelines for Adult
Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke* [online]. 2016, 47(6), e98-e169 [cit.
2018-04-10]. DOI: 10.1161/STR.0000000000000098. ISSN 0039-2499.
Dostupné z: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000098>
90. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava
ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha:
Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 9788024720685.
91. Zápis z 2. jednání sociálně - zdravotní komise RMČ Praha 7. In: *Praha
7* [online]. Praha, ©2017, 2018 [cit. 2018-06-03]. Dostupné z:
https://www.praha7.cz/wp-content/uploads/2018/03/z%C3%A1pis_SZK2.pdf
92. ZASLER, Nathan D., Douglas I. KATZ a Ross D. ZAFONTE. *Brain injury
medicine: principles and practice*. 2nd ed. New York, NY: Demos Medical Pub.,
2013. ISBN 9781617050572.
93. ZEMANOVÁ, Eva. *Case management z pohledu ergoterapeuta u osob se
spinálním poraněním*. Praha, 2014. Bakalářská. 1. LF UK. Vedoucí práce
Kateřina Svěčená.

5 Přílohy

5.1 Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas klienta

Vážený pane/vážená paní dovolu, abych se v krátkosti představila. Jmenuji se Silvie Ptaková, jsem studentkou navazujícího magisterského oboru ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Pro úspěšné absolvování studia je podmínkou vypracování závěrečné diplomové práce. Na základě tohoto požadavku se obracím na Vás, jakožto na potenciálního adepta pro mé výzkumné šetření v rámci ergoterapeutické intervence.

Účast ve studii je anonymní a dobrovolná. Získané informace poslouží jako podklad pro vypracování mé diplomové práce a případné zlepšení stávající situace ergoterapeutické intervence v komunitní rehabilitaci.

Veškeré informace a případné dotazy ohledně ergoterapeutické intervence Vám ráda zodpovím.

Diplomová práce:

Ergoterapie v rámci interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku.

Jméno klienta:

Datum narození:

1. Já, níže podepsaný/podepsaná souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Autor diplomové práce (Bc. Silvie Ptaková) případně vedoucí diplomové práce (Mgr. Anna Krulová) mi vysvětlily očekávané přínosy a případná rizika, která by se mohla vyskytnout během mé účasti ve studii. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Budu při své ergoterapeutické intervenci se svým terapeutem spolupracovat a v případě výskytu jakéhokoliv neobvyklého nebo nečekaného problému ho budu ihned informovat.
4. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
5. Souhlasím s pořízením audiozáznamu, videozáznamu, fotografií za předpokladu, že má anonymita bude zachována (autor diplomové práce graficky upraví můj obličej, či jiné charakteristické rysy).
6. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Do mé původní zdravotní dokumentace budou moci na základě mého uděleného souhlasu nahlédnout autor diplomové práce, vedoucí diplomové práce, konzultant diplomové práce, případně po ústní domluvě jiný člen interprofesního rehabilitačního týmu. Pro tyto případy je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být mé údaje poskytnuty

jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely v budoucnu, ve spojitosti s tématem komunitní a koordinované rehabilitace, mohou být moje osobní údaje a výsledky studie poskytnuty pouze jako anonymizovaná data nebo s mým výslovným souhlasem.

7. S moji účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.

8. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Podpis klienta:

.....

V dne

Vlastnoruční podpis autora diplomové práce

.....

V dne

5.2 Příloha č. 2 – Struktura rozhovoru

Struktura rozhovoru – ergoterapeutická intervence v domácím prostředí

ZHODNOŤTE PÉČI PO PŘÍCHODU Z NEMOCNICE:

Co Vám nejvíce pomohlo?

Kdo Vám nejvíce pomohl?

Co Vám chybělo?

Jak byste popsal/a úlohu rodinných příslušníků, jaké zastávají role?

Je něco co byste chtěl/a změnit vzhledem k vašemu fungování v domácnosti (dle reálných možností)?

Kdo všechno k Vám docházel/dochází?

Ergoterapeut

- Jeho práce pro Vás byla:
 - 5. velice prospěšná
 - 4. spíše prospěšná
 - 3. průměrná (ani prospěšná, ani neprospěšná)
 - 2. spíše neprospěšná
 - 1. úplně neprospěšná

Když jste uvedl/a, že je „*spíše neprospěšná*“ – proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „*spíše neprospěšná*“? Jak by to měl ergoterapeut udělat, aby byla „*velice prospěšná*“?

- Zhodnoťte čas, který Vám byl věnován:
 - 5. naprosto dostačující
 - 4. spíše dostačující
 - 3. průměrný
 - 2. spíše nedostačující
 - 1. zcela nedostačující

Když jste uvedl/a, že čas byl „*zcela nedostačující*“ proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „*zcela nedostačující*“? Jak by to podle Vás mělo vypadat, aby byl „*dostačující*“?

- Zhodnoťte prosím komunikaci ergoterapeuta:
 - 5. výborná
 - 4. velmi dobrá
 - 3. průměrná (ani dobrá, ani špatná)
 - 2. spíše špatná
 - 1. velmi špatná

Když jste uvedl/a, že komunikace byla „*velmi špatná*“, proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „*velmi špatná*“? Jak by to podle Vás mělo vypadat, aby byla „*výborná*“?

Zhodnoťte, jak Vám ergoterapie pomohla.

Fyzioterapeut

- Jeho práce pro Vás byla:
 - 5. velice prospěšná
 - 4. spíše prospěšná
 - 3. průměrná (ani prospěšná, ani neprospěšná)
 - 2. spíše neprospěšná
 - 1. úplně neprospěšná

Když jste uvedl/a, že je „*spíše neprospěšná*“ – proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „*spíše neprospěšná*“? Jak by to měl fyzioterapeut udělat, aby byla „*velice prospěšná*“?

- Zhodnoťte čas, který Vám byl věnován:
 - 5. naprosto dostačující
 - 4. spíše dostačující
 - 3. průměrný
 - 2. spíše nedostačující
 - 1. zcela nedostačující

Když jste uvedl/a, že čas byl „*zcela nedostačující*“ proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „*zcela nedostačující*“? Jak by to podle Vás mělo vypadat, aby byl „*dostačující*“?

Zhodnoťte prosím komunikaci fyzioterapeuta:

- 5. výborná
- 4. velmi dobrá
- 3. průměrná (ani dobrá, ani špatná)
- 2. spíše špatná
- 1. velmi špatná

Když jste uvedl/a, že komunikace byla „*velmi špatná*“, proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „*velmi špatná*“? Jak by to podle Vás mělo vypadat, aby byla „*výborná*“?

Zhodnoťte, jak Vám fyzioterapie pomohla.

Další odborník (doplň klient)

- Jeho práce pro Vás byla:
 - 5. velice prospěšná
 - 4. spíše prospěšná
 - 3. průměrná (ani prospěšná, ani neprospěšná)
 - 2. spíše neprospěšná
 - 1. úplně neprospěšná

Když jste uvedl/a, že je „*spíše neprospěšná*“ – proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „*spíše neprospěšná*“? Jak by to měl odborník udělat, aby byla „*velice prospěšná*“?

- Zhodnoťte čas, který Vám byl věnován:
 - 5. naprosto dostačující
 - 4. spíše dostačující
 - 3. průměrný
 - 2. spíše nedostačující
 - 1. zcela nedostačující

Když jste uvedl/a, že čas byl „*zcela nedostačující*“ proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „*zcela nedostačující*“? Jak by to podle Vás mělo vypadat, aby byl „*dostačující*“?

Zhodnoťte prosím komunikaci odborníka:

- 5. výborná
- 4. velmi dobrá

3. průměrná (ani dobrá, ani špatná)
2. spíše špatná
1. velmi špatná

Když jste uvedl/a, že komunikace byla „*velmi špatná*“, proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „*velmi špatná*“? Jak by to podle Vás mělo vypadat, aby byla „*výborná*“?

Zhodnot'te, jak Vám pomohl.

Popište, jak tyto lidé spolupracovali.

Zhodnot'te, zda Vám tato spolupráce nějak pomohla.

Co Vám na práci jednotlivých odborníků vadilo?

Co byste doporučil/a aby dělali tyto odborníci lépe?

Jaká pozitiva Vám může spolupráce mezi členy týmu přinést?

Jaká negativa Vám může spolupráce mezi členy týmu přinést?

Máte nějaké další podněty, postřehy?

5.3 Příloha č. 3 – Vyšetření a terapie A

Klient A

Vstupní ergoterapeutické vyšetření – domácí návštěva

Datum: 15. 12. 2016

Pohlaví: muž

Věk: 34 let

Diagnóza: stp.: ruptura aneurysmatu a. cerebri media vpravo (5. 3. 2014), se subarachnoideálním krvácením; spastická hemiparéza až hemiplegie vlevo; kontraktury na dolních končetinách – akrálně

Kognitivní a psychosociální funkce:

Klient orientován místem, časem, osobou, komunikující, adekvátně spolupracující. Dle matky u něj došlo ke změně osobnosti (rysy obsedantně kompulzivního chování).

MoCA: 27/30 (norma)

Zrakově – prostorové a exekutivní úlohy: 3/5 (*nezvládl „zkrácený test cesty“; nezvládl vypsat číslíčka na ciferníku – chyběly 7, 8 a 10*)

Pojmenování: 3/3

Pozornost: 6/6

Řeč: 3/3

Abstrakce: 2/2

Pozdější vybavení slov: 4/5 (*nevzpomněl si na jedno slovo, při výběru ze tří byl schopný odpovědět*)

Orientace: 6/6

Mobilita/lokomoce:

Přetočení na paretický (levý) bok – zvládne přitažením o postranici

Přetočení na zdravý bok – zvládne s dopomocí jedné osoby, která jej navádí přes levou dolní končetinu, pokud je potřeba, tak i za levé rameno

Vertikalizace do sedu – zvládne s dopomocí

Sed – nestabilní (padá dozadu, na paretickou stranu)

Vertikalizace do stoje – nezvládne

Stoj – nezvládne

Chůze – nezvládne

Lokomoce – mechanický vozík s vysokou zádovou opěrou, tlačení další osobou, přesun vozík – lůžko a zpět s maximální fyzickou asistencí druhé osoby pomocí zvedáku

Funkční vyšetření horních končetin:

Dominance: pravák

Taxe: na PHK BPN, LHK plegická (nelze hodnotit)

Čítí (LHK): povrchové: vyšetřováno taktilní čítí (dotyk v oblasti ramene, lokte, předloktí, zápěstí, dorzální i palmární strany dlaně) – výrazná hypestezie až anestezie; určil 2/10 podnětů
hluboké: polohocit (nastavení končetiny v klíčových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – ve všech segmentech výrazná hypestezie; pohybovit (vyšetřováno v klíčových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – ve všech segmentech anestezie

Tonus: spastická PHK; orientační vyšetření spasticity (dle Ashworthovy škály):

m. latissimus dorsi – 3

m. triceps brachii – 1

m. biceps brachii – 4

m. pronator teres, m. pronator quadratus – 2

m. flexor carpi ulnaris, m. flexor carpi radialis – 4

m. extensor carpi ulnaris, extensor carpi radialis longus/brevis – 0

extensory prstů – 0

flexory prstů – 3

AROM: (LHK) bez aktivního pohybu

PROM: (LHK) protažitelné ve všech kloubních segmentech, ramenní kloub omezen bolestí, rameno, loket a akrum – spasticita

Jemná motorika: (LHK) porušena, nelze vyšetřit

Hodnocení ADL:

FIM: 59/126 (46,83% = mírná asistence)

Celkový průměr: 3,28

Fyzické položky: 30/91 (32,97% = maximální závislost)

Průměr A – M: 2,31

Psychosociální položky: 29/35 (82,86% = modifikovaná nezávislost)

Průměr N – R: 5,80

Datum vyšetření:	15.12.2016	5.4.2017	23.11.2017
Příjem jídla	3	3	3
Osobní hygiena	5	5	5
Koupání	2	3	3
Oblékání - horní 1/2 těla	2	5	5
Oblékání - dolní 1/2 těla	1	1	1
Použití WC	2	2	2
Kontrola močení	5	5	5
Kontrola vyprazdňování	5	5	5
Přesun z postele na židli/vozík	1	1	1
Přesun na toaletu	1	1	1
Přesun do vany/sprchy	1	1	1
Chůze/Jízda na vozíku	1	1	1
Schody	1	1	1
Rozumění	7	7	7
Exprese	7	7	7
Sociální interakce	5	5	5
Řešení problémů	3	3	3
Paměť	7	7	7

Interpretace:

Osobní hygiena: 15/42 (35,71% = maximální závislost)

A Příjem jídla 3 – klient pro sebesycení využívá lžici, nebo vidličku (v pravé ruce), potřebuje pomoc druhé osoby při krájení, občas potřebuje dopomoc s nabráním potravy (např. při posledních soustech), nápoj má v uzavíratelné lahvi, kterou potřebuje mít v dosahu (na pojízdném stole u lůžka), lahev zvládne otevřít sám

B Osobní hygiena 5 – klient vykonává osobní hygienu v sedě na vozíku v koupelně u umyvadla, ústní hygienu provádí samostatně – občas potřebuje nanést pastu na zubní kartáček, česání vlasů zvládá samostatně (pokud má hřeben v dosahové vzdálenosti), mytí, opláchnutí a sušení obličeje zvládá samostatně (pravou HK), holí se pomocí elektrického holicího strojku

C Koupání 2 – klient vykonává celotělovou hygienu v upraveném sprchovém koutě v sedě na toaletním křesle s pomocí asistence 1 osoby, zvládne omýt a osušit levou paži, hrud', břicho a částečně stehna = 45%

D Oblékání horní poloviny těla 2 – klient je zvyklý nosit během dne triko s krátkým rukávem, samostatně zvládne provléknout pouze postiženou horní končetinu = 25%

E Oblékání dolní poloviny těla 1 – ve všech úkonech klient potřebuje dopomoc druhé osoby

F Použití WC 2 – klient je schopný samostatně použít nádobu na moč (bažanta), kterou má na dosah (nebo mu je podána), vyprázdnění obsahu spočívá na asistující osobě, pro vyprázdnění stolice klient využívá toaletní křeslo, na kterém je převezen na WC, očištění po vykonání

potřeby spočívá na asistující osobě, klient potřebuje dopomoc s přizpůsobením oděvu (před i po)

Kontrola sfinkterů: 10/14 (71,43% = mírná asistence)

G Kontrola močení:

část I. **5** – klient potřebuje asistenci při vyprázdnění nádoby na moč

část II. **6** – klient nemá nehody, ale používá kompenzační pomůcky (nádoby na moč a absorpční podložku)

H Kontrola vyprazdňování:

část I. **5** – klient potřebuje asistenci při přípravě a úklidu

část II. **6** – klient nemá nehody, ale používá kompenzační pomůcky (toaletní křeslo a absorpční podložku)

Přesuny: 3/21 (14,29% = celková závislost)

Klient není schopný se samostatně přesunout, pro přesuny využívá mechanický zvedák, který je ovládaný asistující osobou, nebo pro přesun postel-vozik potřebuje asistenci 2 osob.

I Postel, židle, vozík: 1

J Toaleta: 1

K Vana, sprchový kout: 1

Lokomoce: 2/14 (14,29% = celková závislost)

Klient se pohybuje na mechanickém vozíku, který je obsluhován asistující osobou.

L Chůze/jízda na vozíku: 1

M Schody: 1

Komunikace: 14/14 (100% = úplná nezávislost)

Klient rozumí komunikaci pomocí sluchu i zraku a používá verbální i neverbální vyjadřování vzhledem k dané situaci.

N Rozumění: 7

O Exprese: 7

Sociální schopnosti: 15/21 (71,43% = mírná asistence)

P Sociální interakce 5 – klient je spolupracující, potřebuje však občas slovní pobízení a podněcování k dané činnosti

Q Řešení problémů 3 – klient dokáže částečně řešit problémy každodenního života, potřebuje asistenci v oblasti financí, sociálních záležitostí a managementu léků = 50%

R Paměť 7 – klient si pamatuje každodenní činnosti a povinnosti, dodržuje denní/týdenní rozvrh (dokonce až lpí na dodržování programu)

Hodnocení IADL:

Jízda dopravním prostředkem – osobním automobilem jako spolujezdec, v doprovodu druhé osoby

Nákup potravin – nezvládne

Příprava pokrmu – nezvládne

Domácí práce – nezvládne

Vyprání osobního prádla – nezvládne

Funkční komunikace – používá mobilní telefon (zavolá/přijme hovor, psaní sms, internet)

Management léků – zajišťuje matka

Management financí – zajišťuje rodina

Subjektivní hodnocení disability – dotazník WHO DAS II

Svou životní situaci subjektivně hodnotí v průměru jako středně obtížnou – 53,82%

WHO DAS II – klient A			
	vstup	kontrola	výstup
Porozumění a komunikace	4,17%	16,67%	4,17%
Mobilita	80%	100%	100%
Sebeobsluha	68,75%	68,75%	56,25%
Vztahy s lidmi	20%	25%	25%

Životní aktivity	100%	100%	100%
Účast ve společnosti	50%	53,13%	53,13%
Celkem	53,82%	60,59%	56,42%

Ergoterapeutické intervence:

5. 1. 2017

Subjektivní hodnocení: cítil se dobře, bez větších fyzických potíží

Objektivní hodnocení: orientován, spolupracující, zpočátku v dobré náladě, posléze pesimismus, sebelítost

Cíl terapie: nácvik oblékání/svlékání horní poloviny těla

Terapie: Na základě předchozí konzultace s logopedem proběhlo logopedické cvičení – znělost hlásek, správné dýchání, plynulost a návaznost slov. Před samotným nácvikem proběhlo pasivní protažení LHK, uvolnění měkkých tkání s využitím myofasciálních technik. Klient byl slovně instruován (před i během nácviku), předcházela i názorná ukázka. Klient byl schopný svléct/obléct triko dvakrát, poté uváděl únavo. Činnost byla prováděna značně neobratně, byla potřeba dopomoc a velká časová dotace.

Úkoly a plán na další terapii: Klient byl vyzván k tréninku oblékání/svlékání horní poloviny těla v rámci večerní hygieny – doposud iniciativu přebíral otec. Ačkoliv klient prováděl aktivitu značně neobratně a potřeboval velkou časovou dotaci, potenciál pro zlepšení zde je. Na další terapii jsme se s klientem domluvili, že vyzkoušíme mobilitu v rámci lůžka.

13. 1. 2017

Subjektivní hodnocení: cítí se dobře, má dobrou náladu

Objektivní hodnocení: orientován místem, časem, osobou, pozitivně laděný

Cíl terapie: nácvik mobility v rámci lůžka

Terapie: V rámci terapie proběhlo logopedické cvičení – dechová cvičení, plynulost a návaznost mluveného slova (běžný dialog). Proběhlo pasivní protažení a měkké techniky LHK a pasivní pohyb LDK, následně bridging (nutná fixace LDK), nácvik přetáčení na nepostižený bok (přetáčení na postižený bok provádí klient přitážením za postranici) – využití prvků Bobath konceptu.

Úkoly a plán na další terapii: Klientovi byly doporučeny protahovací posilovací cviky HKK, byl vyzván k tréninku přetáčení na nepostižený bok. S klientem jsme se shodli, že v rámci další intervence vyzkoušíme vertikalizaci do sedu.

18. 1. 2017

Subjektivní hodnocení: dnes se cítí dobře, nepocítuje větší fyzické obtíže

Objektivní hodnocení: orientován, spolupracující a v dobré náladě.

Cíl terapie: nácvik mobility v rámci lůžka, vertikalizace do sedu přes nepostižený bok

Terapie: V rámci intervence proběhlo logopedické cvičení se zaměřením na správné dýchání, znělost hlásek, návaznost slov a celkovou plynulost řeči. Samotné vertikalizaci do sedu předcházelo pasivní protažení LHK, pasivní pohyb LDK, bridging a posilovací cviky trupu. Klient R. se s dopomocí dvakrát posadil, sed byl však značně nestabilní, vydržel v sedě přibližně 10 minut, bylo však nutné slovní podněcování a fyzická opora.

Úkoly a plán na další terapii: Plánem pro následující intervenci byl nácvik mobility obratnosti a manipulace v kuchyni za účelem přípravy jednoduchého pokrmu.

26. 1. 2017

Subjektivní hodnocení: v dobré náladě, avšak potýkal se s nachlazením

Objektivní hodnocení: orientován, spolupracující

Cíl terapie: Cílem intervence bylo zhodnocení a možnosti mobility a celkové obratnosti v kuchyni s využitím kompenzačních pomůcek (švédský podavač), se záměrem připravit jednoduchý pokrm.

Terapie: Klient byl pomocí mechanického zvedáku přemístěn na mechanický vozík a byl převezen do kuchyně. S klientem jsme se domluvili na přípravě pudingu. Jeho úkolem bylo obstarat veškeré potřebné přísady a pomůcky (byla nutná dopomoc – podat věci z lednice, z vyšších míst), samotná příprava probíhala na stolku, který mívá klient u lůžka (nutná dopomoc

s přidržením, manipulací – klient využívá pouze PHK). Klient není schopný ovládat mechanický vozík. Subjektivně hodnotím činnost tak, že byla nutná asi 75% dopomoc, avšak činnost shledávám přínosnou z hlediska náplně volného času, klient vykonával aktivní pohyby, trénovala taxi a koordinaci PHK (manipulace se švédským podavačem).

Úkoly a plán na další terapii: S klientem jsme se dohodli, že náplní následující intervence bude nácvik mobility v rámci lůžka.

31. 1. 2017

Subjektivní hodnocení: klient R. se cítí unavený, ne v příliš dobré náladě

Objektivní hodnocení: Klient R. orientován, relativně spolupracující – nutné slovní podněcování

Cíl terapie: nácvik mobility v rámci lůžka

Terapie: V rámci terapie proběhlo logopedické cvičení zaměřené na správné dýchání, znělost hlásek, výslovnost, plynulost a návaznost slov, čtení nahlas (zde má klient značné obtíže – nedodrží interpunkci, neumí hospodařit s dechem, nesrozumitelný projev). Samotnému nácviku předcházelo pasivní protažení LHK, uvolnění měkkých tkání s využitím myofasciálních technik, pasivní pohyb LDK, bridging s výdrží, cviky pro posílení trupu. S dopomocí proběhla vertikalizace do sedu na okraji lůžka. V sedě aktivní pohyb HKK, balanční cviky. V terapii byly využity prvky Bobath konceptu.

Úkoly a plán na další terapii: Klient měl značné problémy se čtením nahlas, proto byl vyzván k tréninku - k dispozici časopisy se sportovní a motoristickou tematikou. S klientem jsme se domluvili, že v rámci následující intervence proběhne nácvik oblékání/svlékání horní poloviny těla.

1. 2. 2017

Interprofesní spolupráce v rámci denního stacionáře. Možnost účasti na individuální fyzioterapie klienta – předání informací ohledně domácích intervencí, zhodnocení dosavadních dílčích cílů a plánů, konzultace klienta a rodinných příslušníků se sociálním pracovníkem o možnostech řešení bytové situace – nevyhovující výtah. Sociální pracovník nabídl návštěvu v domácím prostředí pro zhodnocení situace a oslovení příslušných orgánů pro možnou realizaci úprav – rodina klienta se potýkala s negativním přístupem bytového družstva. Bytové družstvo argumentovalo nedostatkem financí ve fondu oprav.

9. 2. 2017

Subjektivní hodnocení: cítí se po fyzické stránce dobře, má dobrou náladu

Objektivní hodnocení: orientován, spolupracující, pozitivně naladěn

Cíl terapie: nácvik oblékání/svlékání horní poloviny těla

Terapie: Terapie započala logopedickým cvičením zaměřeným na správné dýchání, znělost hlásek, plynulost slov. Proběhlo pasivní protažení LHK a uvolnění měkkých tkání s využitím myofasciálních technik, rekapitulace a mírná korekce cviků zadaných během individuální terapie, bridging s výdrží a byly aplikována cviky pro celkové posílení trupu. Samotnému nácviku svlékání/oblékání horní poloviny těla předcházela slovní instruktáž. Klient danou aktivitu provedl opakovaně, kvalitně, oproti prvnímu pokusu rychleji a plynuleji.

Úkoly a plán na další terapii: Klientovi byly poskytnuty upravené (větší velikost písma) texty se sportovní tematikou. Klient byl vyzván ke zvýraznění interpunkce a tréninku čtení nahlas s důrazem na správné dýchání.

24. 2. 2017

Subjektivní hodnocení: cítí se relativně dobře, pociťuje mírnou únavu

Objektivní hodnocení: orientován místem, časem osobou, spolupracující

Cíl terapie: Cílem intervence bylo pořízení video záznamů prováděných aktivit. Konkrétně se jednalo o mobilitu v rámci lůžka – vertikalizace do sedu (s mírnou dopomocí), výdrž v sedě, přetáčení na postižený i nepostižený bok, v sedě na mechanickém invalidním vozíku pak nácvik svlékání/oblékání horní poloviny těla a nakonec ukázka přesunu do výtahu.

Terapie: Na základě stanoveného cíle klient předvedl aktivity, které jsme trénovali v rámci předchozích intervencí. Dané aktivity provedl adekvátně vzhledem ke své situaci. Transfer do výtahu byl značně nevyhovující – nutná demontáž stupaček, diskomfort klienta a doprovázející osoby (matky), která musela „ležet“ na klientovi, aby se výtah rozjel.

Úkoly a plán na další terapii: S klientem jsme se dohodli, že v rámci následující intervence nainstalujeme herní konzoli Nintendo Wii a vyzkoušíme možné polohy a nastavení pro zvládnutí dané aktivity.

1. 3. 2017

Subjektivní hodnocení: cítí se dobře, je zvědavý na využití herní konzole

Objektivní hodnocení: orientován, v dobré náladě, spolupracující, mírně skeptický vůči využití Nintendo Wii – dle jeho slov „není to playstation“

Cíl terapie: instalace herního zařízení Nintendo Wii, nastavení vhodné polohy pro zvládnutí aktivity

Terapie: V rámci terapie proběhlo logopedické cvičení se zaměřením na správné dýchání, znělost hlásek, návaznost a plynulost slov, čtení nahlas (články se sportovní tematikou).

Proběhla instalace Nintendo Wii a po slovním podněcování se nechal zaškolit v používání.

Během hry klient prováděl aktivní pohyb PHK (snaha o bimanuální aktivitu HKK, avšak nemožné pro narůstající spasticitu). Na herní konzoli zvolena platforma „sport“, zkoušení různých „sportovních“ aktivit, zkoušení různých poloh klienta v leže na lůžku (polohovací postel) i v sedě na mechanickém invalidním vozíku.

Úkoly a plán na další terapii: Klient byl vyzván k aktivnímu využívání Nintendo Wii s využitím různých poloh a případně s využitím zátěže pro PHK.

7. 3. 2017

Subjektivní hodnocení: cítí se po fyzické i psychické stránce dobře

Objektivní hodnocení: orientován, v dobré náladě, nadšený z herní konzole (dle matky Nintendo Wii využívá každodenně)

Cíl terapie: Cílem intervence byl nácvik mobility v rámci lůžka.

Terapie: Samotnému nácviku mobility předcházelo pasivní protažení LHK, uvolnění měkkých tkání s využitím myofasciálních technik, pasivní pohyb LDK, cviky pro celkové posílení trupu, bridging s výdrží. Proběhla vertikalizace do sedu s mírnou pomocí, aktivity HKK v sedě na okraji lůžka, balanční cvičení. V terapii byly využity prvky Bobath konceptu. Klient na závěr intervence předvedl využití Nintendo Wii – pro něj nejvhodnější pozice sed na mechanickém invalidním vozíku a z nabízených aktivit preferuje „tenis“. Pro zvýšení náročnosti bylo na zápěstí PHK umístěno závaží.

Úkoly a plán na další terapii: Klient byl vyzván k tréninku mobility v rámci lůžka a dodržování cvičební jednotky zadané fyzioterapeutem.

17. 3. 2017

Subjektivní hodnocení: necítí se dobře, je unavený, obtížně se mu dýchá

Objektivní hodnocení: orientován, stěžoval si na únavu, dle matky prodělal přes víkend virózu.

Cíl terapie: nácvik mobility v rámci lůžka

Terapie: Do terapie zahrnuto logopedické cvičení s důrazem na správné dýchání (obtížnější než obvykle, důsledek virózy), znělost hlásek, návaznost a plynulost slov, správný rytmus (říkadla, písničky, básničky). Samotnému nácviku mobility předcházela příprava HKK a DKK – pasivní protažení, měkké techniky, facilitace. Proběhla rekapitulace nově zadaných cviků fyzioterapeutem – především samostatné posazování tzv. sklapovačkou (nutná fixace LDK), bridging s výdrží a cviky pro celkové posílení trupu. V rámci terapie jsme se zaměřili na přetáčení na postižený i nepostižený bok – s využitím prvků Bobath konceptu.

Úkoly a plán na další terapii: Klient byl vyzván k tréninku mobility v rámci lůžka, dodržování cvičební jednotky zadané fyzioterapeutem a byla mu doporučena dechová cvičení, zaměřená především na prohloubení dechu.

21. 3. 2017

Subjektivní hodnocení: cítí se zdravý, má dobrou náladu

Objektivní hodnocení: orientován, spolupracující, v dobré náladě

Cíl terapie: rekapitulace svlékání/oblékání horní poloviny těla

Terapie: V úvodu intervence proběhlo logopedické cvičení s důrazem na správné dýchání, znělost hlásek, rytmus, návaznost a plynulost slov, čtení nahlas. Proběhla příprava HKK – pasivní protažení, myofasciální techniky a aproximace. Pomocí zvedáku byl přemístěn na mechanický invalidní vozík. Klient byl vyzván ke svlečení a následně oblečení horní poloviny těla. Po nesprávně zvolené strategii byla nutná slovní instruktáž, posléze byl klient schopný

svléknout/obléknout horní polovinu těla. V sedě na mechanickém invalidním vozíku předvedl využití Nintendo Wii, konkrétně „tenis“. Na závěr terapie jsme s využitím podavače trénovali odpal pěnového míčku.

Úkoly a plán na další terapii: Klientovi bylo doporučeno převzít úplnou iniciativu v oblasti svlékání/oblékání horní poloviny těla. Dále byl klient vyzván k nácviku mobility v rámci lůžka.

31. 3. 2017

Subjektivní hodnocení: cítí se relativně dobře, lehce unavený

Objektivní hodnocení: orientován, spolupracující

Cíl terapie: cílem terapie byla mobilita v rámci lůžka se záměrem vertikalizace do sedu s aktivitou HKK

Terapie: V rámci terapie proběhlo logopedické cvičení, během kterého se klient potýkal s dechovými obtížemi, a byl nutný zásah matky. Následně byly aktivity voleny úměrně vzniklé situaci. Proběhlo pasivní protažení LHK a měkké techniky, pasivní pohyb LDK, bridging, přetáčení na postiženou i nepostiženou stranu. Vertikalizaci do sedu odmítl, pociťoval únavu.

Úkoly a plán na další terapii: Klient byl obeznámen, že následující intervence bude poslední. Byl vyzván k aktivnímu nácviku mobility v rámci lůžka, především přetáčení na obě strany a k nácviku oblékání/svlékání horní poloviny těla.

Výstupní ergoterapeutické vyšetření:

5. 4. 2017

Subjektivní hodnocení: klient se cítí dobře

Objektivní hodnocení: klient je orientován, relativně spolupracující, lehce roztržitý

Terapie: Cílem dnešní návštěvy je provést výstupní vyšetření, které zahrnuje zhodnocení ADL prostřednictvím FIM a subjektivní zhodnocení kvality života klienta s využitím dotazníku WHO DAS II. Cílem bylo zhodnocení dosažených cílů.

5.4 Příloha č. 4 – Vyšetření a terapie B

Klient B

Vstupní ergoterapeutické vyšetření – domácí návštěva

Datum: 27. 2. 2017

Pohlaví: muž

Věk: 60 let

Diagnóza: multisystémová atrofie parkinsonského typu (MSA-P); obtíže začaly v roce 2014; dominuje celková bradykineze, posturální instabilita, dysartrie, dysfagie, inspirační stridor, subdepresivní ladění

Kognitivní a psychosociální funkce:

Klient orientován místem, časem a osobou. Klient je spolupracující, komunikující – verbální projev je nejistý, řeč setřelá, pomalé tempo řeči. Subjektivně uvádí problémy s verbálním projevem, kdy často hledá vhodná slova pro vyjádření svých myšlenek. Klient subjektivně uvádí zpomalené myšlení. Uvádí, že má problémy se soustředěním a porozuměním především psaného textu, což se negativně projevuje v souvislosti s náplní volného času, kdy dříve s oblibou četl (nejčastěji detektivky, thrillery).

MoCA: 27/30

Zrakově-prostorové a exekutivní úlohy: 4/5 (*Klientova kresba hodin je nepřesná (roztřesená), nelze jednoznačně určit krátkou a dlouhou hodinovou ručičku.*)

Pojmenování: 3/3

Pozornost: 6/6

Řeč: 3/3

Abstrakce: 2/2

Paměť – oddálené vybavení slov: 4/5 (*klient si nevzpomněl na slovo samet, byl schopný odpovědět až při druhé nápoděbě, kdy měl možnost vybírat ze tří slov*)

Orientace: 5/6 (*klient si nevzpomněl na datum, spletl se o 3 dny*)

Mobilita/lokomoce:

V rámci lůžka – klient je schopný se s velkou časovou dotací přetočit na levý bok (což využívá pro dosáhnutí na noční stolek); schopný se odrazem o lokty posunout

Vertikalizace do sedu – klient je schopný se s velkou časovou dotací a za velkého úsilí posadit – pro posazení využívá především břišní svalstvo, posadit na kraji lůžka; tato činnost je pro něj značně náročná

Sed – stabilní; během dne zaujímá především polohu sed v polohovacím křesle, zaujímá zcela uvolněnou polohu – úklon vlevo, předsun hlavy, kyfotizace krční páteře, protrakce ramen, ochablé břišní svalstvo

Vertikalizace do stoje – klient je se značným úsilím schopen samostatné vertikalizace s oporou o rolátor (v některých případech i bez pomůcky s oporou HKK o křeslo, které je možné zvýšit – umožňuje téměř vertikální polohu)

Stoj – o širší bázi se semiflektovanými koleny; mírně nestabilní

Chůze – v rámci interiéru schopný chůze s pomůckou – rolátorem (ve výjimečných případech přechází i bez pomůcky, přidržuje se nábytku); hrozí riziko pádu

Lokomoce – s využitím pomůcky – rolátoru a za doprovodu další osoby je klient schopný chůze v exteriéru (manželka uvádí, že zvládne ujít i vzdálenost 1 km; za předpokladu dobrých zdravotních podmínek – proměnlivá situace, „horší a lepší“ dny)

Funkční hodnocení HKK:

Pozn.: Klient subjektivně uvádí zhoršenou hybnost LHK.

Dominance: pravák

Taxe: přesná

Čítí (PHK): povrchové: vyšetřováno taktilní čítí (dotyk v oblasti ramene, lokte, předloktí, zápěstí, dorzální i palmární strany dlaně) – normostézie; určit 9/10 podnětů
hluboké: polohocit (nastavení LHK v klíkových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – normostézie; pohybocit (vyšetřováno v klíkových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – normostézie

Čítí (LHK): povrchové: vyšetřováno taktilní čítí (dotyk v oblasti ramene, lokte, předloktí, zápěstí, dorzální i palmární strany dlaně) – mírná hypestezie akrálně; určit 8/10 podnětů
hluboké: polohocit (nastavení LHK v klíčových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – normostézie; pohybocit (vyšetřováno v klíčových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – normostézie

Tonus: normotonus

AROM: funkční rozsah pohybu je zachován ve všech kloubních segmentech; při pohybu horních končetin nad nad horizontálu je patrné zvýšené úsilí klienta (snížená svalová síla)

PROM: zachován ve všech kloubních segmentech

Jemná motorika:

Orientačně vyšetřeno aspekci: zvládne předvést všechny úchopy dle Masného; v běžných činnostech potíže s manipulací drobných předmětů

Grafomotorika: zvládá, písmo je malé, roztřesené, ale čitelné

Hodnocení ADL:

FIM: 89/126 (70,63% = mírná asistence)

Celkový průměr: 4,94

Fyzické položky: 58/91 (63,74% = mírná asistence)

Průměr A – M: 4,46

Psychosociální položky: 31/35 (88,57% = minimální slovní dopomoc)

Průměr N – R: 6,20

Datum vyšetření:	27.2.2017	27.3.2017	29.5.2017
Příjem jídla	6	6	6
Osobní hygiena	4	4	4
Koupání	2	3	3
Oblékání - horní 1/2 těla	4	5	5
Oblékání - dolní 1/2 těla	3	3	5
Použití WC	6	6	6
Kontrola močení	4	4	4
Kontrola vyprazdňování	6	6	6
Přesun z postele na židli/vozik	5	5	5
Přesun na toaletu	5	5	5
Přesun do vany/sprchy	3	3	3
Chůze/Jízda na vozíku	5	5	5
Schody	5	5	5
Rozumění	6	6	6
Exprese	6	6	6
Sociální interakce	7	7	7
Řešení problémů	5	5	5
Paměť	7	7	7

Interpretace:

Osobní hygiena: 25/42 (59,52% = mírná asistence)

A Příjem jídla 6 – klient pro sebesycení využívá nejčastěji lžici, nebo vidličku; pokrm má připravený v krabici, pokud jde o maso (nebo něco tuhého) tak je již během přípravy nakrájené; pro sebesycení potřebuje dostatek času

B Osobní hygiena 4 – klient je schopný vykonat všechny úkony krom holení s dostatečnou časovou dotací (pro čištění zubů využívá elektrický kartáček); holení tváře provádí manželka elektrickým strojkem

C Koupání 2 – celotělová hygiena probíhá na sedačce ve sprchovém koutě; manželka klienta omyje a osuší všechny části těla, klient se v rámci této činnosti téměř nezapojuje (ačkoliv jistý potenciál by zde byl), proto hodnoceno dvěma body

D Oblékání horní poloviny těla 4 – s oblékáním horní poloviny těla klientovi pomáhá manželka – pomůže přetáhnout triko přes hlavu a přes trup, rukávy je klient schopný si navléknout sám; ve výjimečných případech je schopný si obléct triko sám, ale potřebuje k tomu dostatečnou časovou dotaci; manipulaci s knoflíky, zipy apod. nezvládá

E Oblékání dolní poloviny těla 3 – klient si obléká dolní polovinu těla v sedě na lůžku; nejprve si navlékne plenkové kalhotky do úrovně kolen (případně s navléknutím pomůže manželka), v sedě si také navlékne kalhoty, poté se postaví a manželka pomůže s dotáhnutím plenkových kalhotek a kalhot do pasu, ponožky obléká manželka; ve výjimečných případech a za velkého úsilí je klient schopný si kalhoty obléct samostatně

F Použití WC 6 – klient zvládá samostatně, potřebuje však dostatek času; na toaletě se při očištění a úpravě oděvu přidržuje madel

Kontrola sfinkterů: 10/14 (71,43% = mírná asistence)

G Kontrola močení:

část I. **6** – klient je schopný si dle potřeby dojít na WC; z důvodu úniku moči klient využívá plenkové kalhotky

část II. **4** – klient uvádí, že u něj dochází k nehodám cca 2 – 3x týdně, především v noci

H Kontrola vyprazdňování

část I. **6** – klientka uvádí, že se potýká se zácpou; využívá laxancia

část II. **7** – k úniku stolice u klienta nedochází (pouze ve výjimečných situacích v souvislosti s laxancií)

Přesuny: 13/21 (61,90% = mírná asistence)

I Postel, židle, vozík 5 – klient se zvládne za dostatečné časové dotace přesunout na křeslo s využitím rolátoru; hrozí zde riziko pádu – klient má k dispozici „chytré hodinky“ a v případě potřeby si může přivolat pomoc, proto je tato položka hodnocena pěti body

J Toaleta 5 – zvládá samostatně, pro přesun využívá madla; hrozí riziko pádu – „chytré hodinky“ viz. výše

K Vana, sprchový kout 3 – při přesunu do sprchového koutu se klient přidržuje madel, potřebuje fyzickou pomoc při posazování na sedačku, kdy manželka pohyb koriguje

Lokomoce: 10/14 (71,43% = mírná asistence)

L Chůze/Jízda na vozíku 5 – klient se v interiéru i exteriéru pohybuje s využitím rolátoru; pro pohyb v exteriéru potřebuje doprovod další osoby; klient zvládne ujít více než 50 m

M Schody 5 – klient musí v rámci svého obydlí překonat 5 schodů; za asistence další osoby a s dostatečnou časovou dotací tuto činnost zvládá

Komunikace: 12/14 (85,71% = minimální slovní pomoc)

N Rozumění 6 – klient plně rozumí komplexním i abstraktním informacím pomocí sluchu; informace zprostředkované písemnou formou jsou pro klienta v některých případech obtížně srozumitelné

O Expresa 6 – klient má pouze mírné obtíže s vyjadřováním; potřebuje více času, občas hledá vhodná slova, řeč je občas setřelá

Sociální schopnosti: 19/21 (90,48% = minimální slovní pomoc)

P Sociální interakce 7 – klient v rámci terapie adekvátně spolupracuje a komunikuje

Q Řešení problémů 5 – klient je schopný uvažovat v souvislostech, avšak při obtížnějších úkonech potřebuje pomoc (podněcování) manželky

R Paměť 7 – u klienta nejsou patrné obtíže s pamětí; má nastavený pravidelný denní/týdenní režim, který dodržuje

Hodnocení IADL:

Jízda dopravním prostředkem – pro transport využívá osobní automobil, který řídí syn, nebo dcera, manželka řidičák má, ale nejezdí; klient dříve řídil automobil

Nákup potravin – obstarává manželka, ve výjimečných případech (za předpokladu dobrého zdravotního stavu) ji doprovází

Příprava pokrmu – připravuje manželka, která se klienta snaží zapojit – jednoduché aktivity, jako je očištění ovoce/zeleniny, krájení, míchání apod.; klient dříve rád vařil

Domácí práce – obstarává manželka

Vyprání osobního prádla – obstarává manželka

Funkční komunikace – používá dotykový telefon, „chytré hodinky“ – zavolá, přijme hovor, využívá internet; s asistencí další osoby využívá notebook (obtížná manipulace s myší/touchpadem)

Management léků – zajišťuje manželka, která léky nachystá do organizéru

Management financí – zajišťuje manželka

Subjektivní hodnocení disability – dotazník WHO DAS II

Svou životní situaci v průměru hodnotí jako těžkou – 54,48%. Extrémní obtíže pociťuje v doméně „životní aktivity“. Těžké obtíže pociťuje v doménách „sebeobsluha“ (uvedl, že zůstat sám několik dní sám je pro něj nerealné) a „účast ve společnosti“.

WHO DAS II – Klient B			
	vstup	kontrola	výstup
Porozumění a komunikace	25%	20,83%	16,67%
Mobilita	50%	55%	50%
Sebeobsluha	62,50%	50%	62,50%
Vztahy s lidmi	30%	15%	15%
Životní aktivity	93,75%	87,50%	87,50%
Účast ve společnosti	65,63%	68,75%	68,75%
Celkem	54,48%	49,51%	50,07%

Ergoterapeutické intervence:

6. 3. 2017

Subjektivní hodnocení: cítí se dobře

Objektivní hodnocení: klient je aktivní, spolupracuje, ale potřebuje podněcování manželky

Terapie: Cílem dnešní terapie je objektivní posouzení, zda je nyní klient aktivní při vykonávání činnosti „koupání“. Na základě vstupního vyšetření byla tato položka FIM testu hodnocena dvěma body. Manželka potvrdila, že klientovi nyní dává větší prostor a klient se z více než 50% umyje samostatně. Dalším zájmem bylo klientovi navrhnout možnosti, jak upravit polohu sed v polohovacím křesle. V něm tráví většinu času. Byl instruován, aby pro podložení využil overball a polštář. Bylo mu doporučeno zařadit protahovací cviky.

Úkoly a plán na další terapii: Klient projevil zájem o nabízenou alternativu trávení volného času – audioknihy. Ergoterapeut klientovi poskytl audioknihy.

13. 3. 2017

Subjektivní hodnocení: klient se cítí po fyzické i psychické stránce dobře, na terapii se těší

Objektivní hodnocení: aktivní, spolupracující

Terapie: Klientovi byly do jeho chytrého telefonu nahrány audioknihy. Byl instruován, jak potřebné nahrávky spustit. Náplní dnešní intervence byl nácvik oblékání horní poloviny těla. Klient zpočátku potřeboval mírnou pomoc s přetažením trika přes hlavu. Osvědčil se způsob obléct nejdříve oba rukávy a až posléze provléknout hlavu. Po několika pokusech tuto činnost zvládl vykonat bez fyzické asistence druhé osoby.

Úkoly a plán na další terapii: Klient uvedl v souvislosti s oblékáním obtížnou manipulaci s knoflíky, zipy apod. V následující intervenci ergoterapeut zhodnotí manipulaci s komponenty a proběhne trénink jemné motoriky.

20. 3. 2017

Subjektivní hodnocení: klient je dnes unavený

Objektivní hodnocení: relativně spolupracující, ale zadané úkoly plní pomalu

Terapie: Pro trénink obratnosti rukou byl klientovi opatřen textilní panel, který obsahoval knoflíky, cvoky, zipy, suché zipy a tkaničky. Při nácviku si klient stěžoval na zhoršenou citlivost prstů a pocit chladných rukou. Ergoterapeut provedl na horních končetinách měkké techniky a stimulaci. Doporučil klientovi pořídit si masážní prstýnek „Su-Jok“ a předvedl možnosti autoterapie. Klient v rámci manipulace s komponenty na závěr intervence předvedl zapínání/odepínání knoflíků a zipu. Tkaničku zavázat nesvedl

Úkoly a plán na další terapii: V souvislosti s jemnou motorikou klient uvedl, že se již nevěnuje modelářství. Ergoterapeut klienta motivoval, aby tyto činnosti zařadil do trávení volného času, přestože by se jednalo o papírové modely ve větším měřítku.

Kontrolní ergoterapeutické vyšetření

27. 3. 2017

Subjektivní hodnocení: klient se cítí dobře, má dobrou náladu

Objektivní hodnocení: klient je spolupracující, dnes výřečný

Terapie: Cílem dnešní návštěvy je provést kontrolní vyšetření (cca po jednom měsíci spolupráce), které zahrnuje zhodnocení ADL prostřednictvím FIM a subjektivní zhodnocení kvality života klientky – dotazník WHO DAS II, dále pak zhodnocení dosažení dosavadních cílů.

Úkoly a plán na další terapii: V souvislosti se zvýšením soběstačnosti v položkách pADL bylo pro následující terapii naplánován nácvik oblékání dolní poloviny těla.

10. 4. 2017

Subjektivní hodnocení: po fyzické i psychické stránce se cítí dobře

Objektivní hodnocení: klient je spolupracující, ale lehce rozpačitý (stydí se svléknout, manželka uvedla, že především proto, že nosí místo spodního prádla plenkové kalhotky)

Terapie: Klientovi bylo doporučeno začít v pozici sed. Klient si s velkými obtížemi natáhl nohavice do úrovně kolen. Byl vyzván, aby se postavil s oporou o rolátor a kalhoty si oblékl. Klient byl při manipulaci s kusem oděvu bez opory horních končetin nestabilní, opíral se hýžděmi o postel a nebyl tak schopný dostat kalhoty do úrovně pasu. Klientovi bylo doporučeno využít polohu leh na zádech, kdy pro přetažení kalhot přes hýždě využije bridging. Tento způsob byl pro něj namáhavý, ale efektivní. Klient i manželka byli vyzváni, aby oblékání dolní poloviny těla zařadil do ranní rutiny. Klient zmínil problém s oblékáním ponožek. Dělá mu problém především poloha – předklon. Byla mu předvedena modifikovaná varianta s využitím ručníku. Klient ručník správně nastavil, relativně správně ponožku navlékl, ale obléct ponožku se mu nepodařilo.

Úkoly a plán na další terapii: klientovi bylo doporučeno, aby si pořídil „oblékač ponožek“, byla mu představena i pomůcka „švédský podavač“, díky kterému by si usnadnil manipulaci s předměty, které mu upadnou, nebo i při oblékání

24. 4. 2017

Subjektivní hodnocení: je v dobré náladě, cítí se dobře

Objektivní hodnocení: klient je aktivní, spolupracující, motivovaný

Terapie: Manželka klienta ergoterapeutovi během týdne volala s pozitivní zprávou, že se naskytla příležitost využít služeb osobní asistentky, respektive dobrovolnice (dcera rodinné známé). Prosbou bylo instruovat asistentku ohledně bezpečnosti pohybu v exteriéru. V rámci ergoterapeutické intervence proběhl trénink mobility v exteriéru s oporou o rolátor. Zároveň byla asistentka zaškolená, jakým způsobem klientovi dopomoci. Klient potřeboval pomoc při chůzi do/ze schodů a při překonávání nerovností v terénu. Rolátor se osvědčil jako vhodná pomůcka pro lokomoci v exteriéru.

Úkoly a plán na další terapii: Rodině bylo navrženo pro zkvalitnění pohybu v interiéru pořídit dvoukolové chodítko, manželce klienta byly předány veškeré potřebné informace. Prodejna s kompenzačními pomůckami v Praze tyto pomůcky zároveň půjčuje. Rodině byla navržena i tato varianta pro odzkoušení.

8. 5. 2017

Subjektivní hodnocení: klient se cítí dobře, je spokojený ohledně osobní asistentky

Objektivní hodnocení: má dobrou náladu, dnes výřečný

Terapie: Náplní dnešní intervence byl trénink oblékání ponožek s využitím „oblékače ponožek“, který manželka klientovi opatřila. Díky této pomůcce byl schopný si ponožky samostatně

obléct. S pomocí dlouhé lžice byl schopný si obout i boty, ale problém měl se zavázáním tkaniček. Důvodem byla samotná poloha – v předklonu uváděl nevolnost a obtížnou manipulaci s tkaničkami.

Manželka klienta ergoterapeutovi oznámila, že klientovi zařídila dvoutýdenní pobyt v lázních. Během pobytu v lázních dojde k rekonstrukci obývacího pokoje. Manželka byla informována, že pokud by bylo potřeba konzultovat ohledně úprav, tak aby byly pro klienta facilitující, může se obrátit na ergoterapeuta. Architektem/designérem byl blízký přítel syna, který je se situací klienta seznámen.

Úkoly a plán na další terapii: klientovi byla představena varianta „samo-zavazovacích“ spirálových tkaniček, které se manželka rozhodla pořídit

22. 5. 2017

Subjektivní hodnocení: klient se dnes necítí příliš dobře

Objektivní hodnocení: klient je nachlazený, působí unaveně

Cíl intervence: Klientovi byla navržena rekapitulace všech aktivit a činností, na které bylo během tříměsíční spolupráce zaměřeno. Klient předvedl oblékání/svlékání trika i mikiny včetně manipulace se zipem. Předvedl oblékání/svlékání dolní poloviny těla s využitím „švédského podavače“, „oblékač ponožek“ a „samo-zavazovacích tkaniček“. Klient ergoterapeutovi prezentoval své výrobky z papíru (manželka klientovi poříдила knihu s návody na skládání origami), které vytváří ve spolupráci s asistentkou.

Výstupní ergoterapeutické vyšetření

29. 5. 2017

Subjektivní hodnocení: klient se dnes necítí dobře, uvádí, že je unavený

Objektivní hodnocení: klient je orientovaný, spolupracující

Cíl intervence: Cílem dnešní návštěvy je provést výstupní vyšetření (cca po třech měsících spolupráce), které zahrnuje zhodnocení ADL prostřednictvím FIM a subjektivní zhodnocení kvality života klienta – dotazník WHO DAS II

5.5 Příloha č. 5 – Vyšetření a terapie C

Klient C

Vstupní ergoterapeutické vyšetření

Datum: 1. 8. 2017

Pohlaví: žena

Věk: 43

Diagnóza: recidivující tumor mozku – st. p. operace frontálně uloženého astrocytomu v roce 2005 – resekce tumoru, dekompresní kraniektomie, peroperačně vyhřezává mozková tkáň, epidurální hematom vlevo, výrazná devastace mozkové tkáně – obraz centrální hemiparézy až hemiplegie s akcentací na LHK

Kognitivní a psychosociální funkce:

Klientka je orientovaná místem a osobou. Pro orientaci v čase využívá kalendář, do kterého si zaznamenává potřebné informace. Klientka komunikuje a spolupracuje – výzvám se snaží vyhovět. V rámci vstupního vyšetření jsou pozorovatelné problémy v kognitivních funkcích – zhoršená koncentrace a pozornost. Subjektivně uvádí problémy s pamětí (krátkodobou i dlouhodobou) a s výbavností slov.

MoCA: 25/30 b. (norma – 26 bodů, problémy v kognitivních funkcích)

Zrakově – prostorové a exekutivní úlohy: 2/5 (*klientka nebyla schopná splnit úlohu „zkrácený test cesty“; namísto krychle nakreslila kvádr, kde jednotlivé čáry nebyly rovnoběžné; při kresbě hodin klientka nevyznačila všechny číslice*)

Pojmenování: 3/3

Pozornost: 5/6 (*klientka ztratila bod v úloze „vyřukávání písmen“*)

Řeč: 3/3

Abstrakce: 2/2

Paměť – oddálené vybavení slov: 4/5 (*klientka si nevzpomněla na slovo tvář*)

Orientace: 6/6

Mobilita/lokomoce:

V rámci lůžka – zvládá samostatně; schopná se přetočit na pravý i levý bok (udává bolest v oblasti kyčle), posunout se pomocí hrazdy, dosáhne na stolek, který má po pravé straně

Vertikalizace do sedu – zvládne samostatně, přes pravý bok

Sed – stabilní

Vertikalizace do stoje – zvládne samostatně s oporou o vysoké chodítko (pokud je v dosahu)

Stoj – stabilní s oporou HKK o vysoké chodítko; zvládne chvíli i bez opory – nestabilní, hrozí riziko pádu

Chůze – s oporou o vysoké chodítko a v doprovodu další osoby zvládne ujít cca 20 m

Lokomoce – pro lokomoci v interiéru využívá mechanický vozík, kdy se odráží PDK, pro pohyb v exteriéru využívá na krátké vzdálenosti mechanický vozík, kdy je vezena, nebo elektrický vozík za doprovodu další osoby

Funkční hodnocení HKK:

Dominance: pravák

Taxe: nepřesná (klientka při zavřených očích trpí vertigem)

Čítí (LHK): povrchové: vyšetřováno taktilní čítí (dotyk v oblasti ramene, lokte, předloktí, zápěstí, dorzální i palmární strany dlaně) - hypestezie akrálně, nepřesná lokalizace akrálně – dorzální strana předloktí, processus styloideus ulnae a radii, dorzální strana ruky, palmární strana ruky – především malíková část; určila 5/10 podnětů

hluboké: polohocit (nastavení LHK v klíčových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – hypostatestezie, klientka schopná určit polohu pouze v ramenním kloubu; pohybocit (vyšetřováno v klíčových segmentech – rameno,

loket, zápěstí, prsty) - hypokinezie, klientka schopná zaznamenat pohyb pouze v ramenním kloubu

Tonus: spastická dystonie LHK; orientační vyšetření spasticity (dle Ashworthovy škály):

m. latissimus dorsi – 3

m. triceps brachii – 3

m. biceps brachii – 2

m. pronator teres, m. pronator quadratus – 1

m. flexor carpi ulnaris, m. flexor carpi radialis – 3

m. extensor carpi ulnaris, extensor carpi radialis longus/brevis – 1

extensory prstů – 2

flexory prstů - 1

AROM: PHK: aktivní pohyby téměř v plném rozsahu ve všech kloubních segmentech (omezení loketního kloubu); LHK: paréza až plegie

PROM: PHK: pasivní pohyb pouze mírně omezen – pro bolest nelze protáhnout do krajních poloh; LHK: pasivní rozsah pohybů ve všech kloubních segmentech omezen

Jemná motorika: LHK porušena

Psaní zvládá – ačkoliv je písmo roztřesené, je čitelné

Hodnocení ADL:

FIM: 88/126 (69,84% = mírná asistence)

Celkový průměr: 4,89

Fyzické položky: 61/91 (67,03% = mírná asistence)

Průměr A – M: 4,69

Psychosociální položky: 27/35 (77,14% = minimální slovní dopomoc)

Průměr N – R: 5,40

Datum vyšetření:	1.8.2017	4.9.2017	2.11.2017
Příjem jídla	6	6	6
Osobní hygiena	5	5	5
Koupání	2	2	2
Oblékání - horní 1/2 těla	4	6	6
Oblékání - dolní 1/2 těla	4	4	4
Použití WC	6	6	6
Kontrola močení	6	6	6
Kontrola vyprazdňování	7	7	7
Přesun z postele na židli/vozík	6	6	6
Přesun na toaletu	6	6	6
Přesun do vany/sprchy	3	3	3
Chůze/Jízda na vozíku	5	5	5
Schody	1	1	1
Rozumění	7	7	7
Exprese	6	6	6
Sociální interakce	7	7	7
Řešení problémů	4	4	4
Paměť	3	3	3

Osobní hygiena: 27/42 (64,29% = mírná asistence)

A Příjem jídla 6 – klientka pro sebesycení využívá lžici, nebo vidličku, větší kusy se snaží „krájet“ lžicí

B Osobní hygiena 5 – klientka vykonává osobní hygienu v sedě na vozíku (dle potřeby je schopná se k této činnosti i postavit), veškeré aktivity týkající se této oblasti zvládá samostatně, potřebuje však dostatek času, případně dohled a podněcování (nejčastěji matky)

C Koupání 2 – klientce v této činnosti pomáhá matka; celotělová hygiena probíhá na sedačce ve sprchovém koutě, klientka si zvládne sama omýt LHK, oblast hrudníku a břicha, s využitím houby na prodloužené rukojeti i DKK, ale častěji využívá pomoc matky, hlavu myje výhradně matka – klientka při zavřených očích trpí vertigem

D Oblékání horní poloviny těla 4 – klientka volí volný oděv, podprsenku si samostatně obléct nezvládne, v případech, kdy ji vyžaduje – např. návštěva lékaře, s oblékáním pomáhá matka, oblékání horní poloviny těla jí celkově trvá delší dobu

E Oblékání dolní poloviny těla 4 – klientka při oblékání dolní poloviny těla zaujímá polohu sed na kraji lůžka, využívá podavač – pro navléknutí LDK, poté se postaví a spodní prádlo/kalhoty dotáhne do pasu, potřebuje asistenci se zapínáním zipů, knoflíků apod., samostatně si nezvládne nasadit dlahu na LDK, má problém s obléknutím ponožky na LDK – má k dispozici obouvač ponožek, ale častěji využívá pomoc další osoby, potřebuje pomoc s obouváním uzavřených bot

F Použití WC 6 – klientka zvládá samostatně, na WC má instalovaná madla, která využívá při očištění a úpravě oděvu

Kontrola sfinkterů: 13/14 (92,86% = modifikovaná nezávislost)

G Kontrola močení:

část I. **6** – klientka je schopná si dle potřeby dojet/dojít na WC; uvádí, že na WC dochází v častějších frekvencích, aby se vyhnula případným nehodám

část II. **6** – klientka uvádí, že ve výjimečných případech k nehodám dochází

H Kontrola vyprazdňování

část I. **7** – klientka má úplnou kontrolu nad vyprazdňováním, nepotřebuje žádnou kompenzační pomůcku, ani léky

část II. **7** – u klientky nedochází k nehodám v oblasti vyprazdňování

Přesuny: 15/21 (71,42% = mírná asistence)

I Postel, židle, vozík 6 – zvládá samostatně, využívá oporu o HKK

J Toaleta 6 – zvládá samostatně, pro přesun využívá madla

K Vana, sprchový kout 3 – při přesunu do vany potřebuje fyzickou dopomoc při posazování na sedačku do vany, kdy matka pohyb koriguje a manipuluje s LDK

Lokomoce: 6/14 (42,86% = maximální závislost)

L Chůze/Jízda na vozíku 5 – klientka se v interiéru pohybuje na mechanickém vozíku, kdy se odráží o PDK; pro pohyb v exteriéru (větší vzdálenost) využívá elektrický vozík, vždy je doprovázena další osobou

M Schody 1 – klientka chůzi do/ze schodů nyní neprovádí

Komunikace: 13/14 (92,86% = modifikovaná nezávislost)

N Rozumění 7 – klientka plně rozumí komplexním i abstraktním informacím pomocí zraku i sluchu

O Expresa 6 – klientka má mírné obtíže v oblasti vyjadřování – někdy potřebuje více času, hledá vhodná slova, ale dokáže sama sebe korigovat

Sociální schopnosti: 14/21 (66,67% = mírná asistence)

P Sociální interakce 7 – klientka v rámci terapie adekvátně spolupracuje a komunikuje

Q Řešení problémů 4 – klientka je schopná uvažovat v souvislostech, avšak při obtížnějších úkonech potřebuje dopomoc další osoby; po rozhovoru s matkou vyplývá, že nemá adekvátní náhled na svou situaci

R Paměť 3 – klientka uvádí, že má problémy s krátkodobou i dlouhodobou pamětí; pro orientaci v čase využívá kalendář, kde si zapisuje potřebné informace; v rámci terapie musela často zasahovat matka, jelikož klientka nebyla orientovaná a podávala tak mylné informace

Hodnocení IADL:

Jízda dopravním prostředkem – pro transport využívá osobní automobil, který řídí některý z rodinných příslušníků (otec, bratr), nebo využívá služeb handicap taxi (v doprovodu s matkou), ve výjimečných případech využívá MHD (nizkopodlažní) – za doprovodu další osoby

Nákup potravin – větší nákup obstarávají rodinní příslušníci, pokud chce jít nakoupit z vlastní iniciativy, tak v doprovodu další osoby, potřebuje delší čas při manipulaci s penězi

Příprava pokrmu – zvládne uvařit kávu/čaj, matka ji zapojuje do přípravy pokrmů – očištění ovoce/zeleniny, krájení, míchání apod.

Domácí práce – snaží se plnit zadané povinnosti v domácnosti – vysává, utírá povrch nábytku

Vyprání osobního prádla – v domácnosti obstarává matka, pomáhá např. s tříděním prádla

Funkční komunikace – používá mobilní telefon (zavolá/přijme hovor, psaní sms s obtížemi), využívá notebook (e-maily i vyhledávání informací)

Management léků – zajišťuje samostatně

Management financí – obstarává matka

Péče o druhé – má dvě dcery, které jsou v péči otce; finančně se podílí na hrazení soukromé střední školy

Subjektivní hodnocení disability – dotazník WHO DAS II

Svou životní situaci klientka hodnotí jako středně obtížnou – 29,97%. Těžké potíže pocítuje v doméně „mobilita“ (je pro ni extrémně obtížné/nelze provést vydržet stát delší dobu, vyjít ven z domu a ujít delší vzdálenost). Jako extrémně obtížnou hodnotí položku „sexuální aktivity“.

WHODAS 2.0 - C			
	vstup	kontrola	výstup
Porozumění a komunikace	16,67%	16,67%	12,50%
Mobilita	60%	55%	55%
Sebeobsluha	12,50%	37,50%	18,75%
Vztahy s lidmi	25%	25%	25%
Životní aktivity	37,50%	31,25%	25%
Účast ve společnosti	28,13%	37,50%	37,50%
Celkem	29,97%	33,82%	29,96%

Ergoterapeutické intervence:

11. 8. 2017

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, na terapii se těší

Objektivní hodnocení: datum návštěvy klientka během týdne dvakrát změnila (neuvědomila si, že má naplánovanou jinou aktivitu); klientka je orientovaná místem a osobou, časem nikoliv

Terapie: Cílem dnešní terapie byl nácvik obouvání boty na LDK. Pro nácvik byla vybrána otevřená obuv (sportovní sandály na suchý zip), kterou klientka momentálně využívá nejčastěji a byly využity kompenzační pomůcky – švédský podavač a dlouhá lžice. V otevřeném prostoru klientka nebyla schopna botu obout. Klientce byla navržena modifikovaná poloha, kdy botu umístila (švédským podavačem) před zeď, a správným nastavením mechanického vozíku byla schopna umístit přední část chodidla do obuvi, dále pomocí švédského podavače obuv přetáhla přes patu a také zapnula suchý zip. Aktivita byla provedena celkem 5x, kdy ve dvou případech potřebovala fyzickou pomoc.

Úkoly a plán na další terapii: klientka byla vyzvána, aby do následující intervence vyzkoušela obouvání různých typů obuvi, a při případném nezdaru budou v rámci následující terapie hledány vhodné kompenzační mechaniky pro zvládnutí této aktivity

15. 8. 2017

Klientka na smluvený termín nebyla v místě svého bydliště k dispozici. Zapomněla sdělit, že se bude účastnit společenské události. Další návštěva byla naplánovaná prostřednictvím telefonického hovoru s matkou klientky, která uvedla, že i další plánování terapií by mělo být řešeno s ní.

22. 8. 2017

Subjektivní hodnocení: po fyzické stránce se cítí relativně dobře, stěžuje si na „přílišnou péči“ rodičů

Objektivní hodnocení: aktivní, spolupracující, lehce roztržitá

Terapie: Klientka od poslední terapie zpozorovala problém s obouváním uzavřené obuvi. I přes využití kompenzačních pomůcek a modifikaci polohy, klientka nebyla schopna uzavřenou obuv samostatně obout. Ve všech pěti pokusech byla potřeba fyzické dopomoci. Pro zlepšení soběstačnosti v poloze oblékání, byl klientce navržen trénink oblékání sportovní podprsenky. I přes prvotní ostych klientka výzvu přijala a po slovním navedení a zpočátku i mírné fyzické dopomoci byla schopna si po několika pokusech podprsenku samostatně obléct.

Úkoly a plán na další terapii: klientce bylo doporučeno, aby v co největší možné míře převzala iniciativu v oblasti oblékání horní i dolní poloviny těla; při plánování další intervence klientka zmínila cvičební jednotku s fyzioterapeutem, který byl posléze kontaktován a souhlasil s navázáním spolupráce

30. 8. 2017

Subjektivní hodnocení: má dobrou náladu, cítí se dobře

Objektivní hodnocení: klientka je aktivní, spolupracující, výřečná

Terapie: Cílem dnešní návštěvy byla interprofesní spolupráce s fyzioterapeutem, který ke klientce dochází téměř každý týden. Terapeutická jednotka byla zaměřena na protažení a uvolnění všech segmentů LHK a LDK. Klientka uvedla, že je pro ni limitující rozsah v kyčelním kloubu, a to především při vykonávání sexuálních aktivit. K tomuto tématu se klientka navíc vyjádřila, že rodina ji ve vztahu nepodporuje, naopak znemožňuje intimitu. Spolu s fyzioterapeutkou byly v rámci terapie demonstrovány možné polohy.

Úkoly a plán na další terapii: na základě nově získaných informací ohledně partnerského života klientky bude prostřednictvím e-mailu kontaktován ergoterapeut a psycholog z KRL, se kterými klientka tuto problematiku již probírala

Kontrolní ergoterapeutické vyšetření

4. 9. 2017

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, je v dobré náladě

Objektivní hodnocení: klientka je orientovaná, spolupracující, výřečná

Terapie: Cílem dnešní návštěvy je provést kontrolní vyšetření (cca po jednom měsíci spolupráce), které zahrnuje zhodnocení ADL prostřednictvím FIM a subjektivní zhodnocení kvality života klientky – dotazník WHO DAS II, dále pak zhodnocení dosažení dosavadních cílů.

Úkoly a plán na další terapii: klientce bylo navrženo, že následující intervence proběhne mimo její domov a byla vyzvána, aby oslovila přítele s cílem jeho zapojení do terapie

6. 9. 2017

Prostřednictvím e-mailu došlo k navázání spolupráce s bývalým ergoterapeutem z KRL, který s klientkou dlouhodobě spolupracoval. V rámci terapií byla řešena otázka samostatného bydlení. K realizaci nedošlo z několika důvodů – negativní přístup ze strany rodinných příslušníků, finanční situace klientky, kdy v současné době je z jejich finančních prostředků hrazena soukromá škola dcery, celkově za hospodaření s penězi zodpovídá matka klientky, jelikož klientka nemá náhled na svou situaci. Pro objektivní posouzení byl osloven i psycholog, ke kterému klientka pravidelně docházela a ten osamostatnění klientky výrazně nedoporučuje a stávající situaci ohledně bydlení považuje za nevyhnutelnou.

22. 9. 2017

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, má radost, že intervence proběhne bez přítomnosti rodinných příslušníků

Objektivní hodnocení: klientka je aktivní, spolupracující, motivovaná

Terapie: V rámci intervence je cílem klientce demonstrovat úlohu osobního asistenta – který by ji byl schopný doprovázet na společenské a kulturní akce, pomáhal při transportu prostřednictvím MHD a při pohybu v exteriéru. Zároveň je cílem s klientkou probrat stávající situaci ohledně bydlení a partnerských možností. Ergoterapeut v rámci intervence částečně zastával roli osobního asistenta – klientka se pohybovala na mechanickém vozíku (byla vezena). Klientce bylo potřeba dopomoci při nastupování a vystupování do/z bezbariérové tramvaje (včetně upozornění řidiči), dále byl terapeutem vybrán vhodný podnik s bezbariérovým přístupem. Klientka byla vyzvána, aby zhodnotila svou bytovou situaci – konkrétně pak byla dotazována, jak by zvládala financování asistovaného bydlení. Potvrdilo se, že klientka nemá

přehled o všech příjmech a především výdajích. Projevovala smíšené emoce ohledně rodinných příslušníků, se kterými sdílí domácnost – na jednu stranu je vděčná za jejich péči, na druhou stranu ji rozčiluje chybějící soukromí. V souvislosti s tím opět zmínila potřebu určité partnerské intimity – včetně sexuálních aktivit. Přínosná by byla přítomnost přítele, který se však nedostavil – jak se později ukázalo, důvodem byla špatná komunikace mezi ním a klientkou. Klientka byla doprovázena zpět do místa bydliště. Tato intervence byla časově velice náročná – trvala cca 4 hodiny. Klientka uznala, že osobní asistence je vhodnou alternativou pro pohyb v exteriéru, a to včetně transportu prostřednictvím MHD.

Úkoly a plán na další terapii: klientce budou e-mailem zaslány informace ohledně možnosti využití osobní asistence v Praze; cílem následující intervence bude rozhovor s matkou se zaměřením na klientčin partnerský život

29. 9. 2017

Subjektivní hodnocení: klientka se necítí příliš dobře, stěžuje si na nachlazení a únavu

Objektivní hodnocení: klientka je částečně aktivní, jeví známky nachlazení; cílem intervence byla spolupráce s matkou, která však dnes není přítomna (klientka tuto skutečnost opomněla zmínit)

Terapie: Vzhledem k opakujícím se problémům v oblasti paměti byly s klientkou probrány možnosti kompenzace. Klientka je zvyklá značit si důležitá data do poznámkového bloku, ale uvádí, že v mnoha případech se do něj zapomene podívat. Klientka souhlasila s nastavením upozornění do jejího mobilního telefonu, které se bude každý den v 10.00 opakovat a bude označeno „deníček“ – toto označení klientka zvolila sama a doufá, že toto sdělení ji povede k překontrolování naplánovaných aktivit. Klientka sama zmínila problém především s krátkodobou pamětí. Když například s někým telefonuje za účelem plánování události a poté zapomene sjednaný termín. Byla vyzvána, aby osobě, se kterou dotelefonuje, zaslala sms a ujistila se o správnosti data, případně jiných údajů. Klientka si tuto kompenzační strategii musí zautomatizovat.

Úkoly a plán na další terapii: klientka bude pro sjednání další terapie kontaktována prostřednictvím telefonního hovoru (cílem bude zjistit, zda si osvojila nabízenou kompenzační strategii), pro ověření bude kontaktována i matka klientky, a to z důvodu získání informací ohledně jejího pohledu na osamostatnění se klientky

11. 10. 2017

Subjektivní hodnocení: klientka má dobrou náladu, cítí se po fyzické i psychické stránce dobře

Objektivní hodnocení: sjednání intervence proběhlo prostřednictvím telefonního hovoru, kdy klientka využila kompenzační strategie a po ukončení hovoru zaslala sms, ve které se ujišťovala ohledně smluveného data

Terapie: Cílem intervence je rozhovor s matkou za účelem zjistit její postoj k osamostatnění dcery a především pak k jejímu milostnému životu. Klientka se během předešlých intervencí několikrát zmínila o negativním přístupu, znemožnění jakékoliv intimity apod. Rozhovor s matkou byl veden neformálně, kdy byly otázky zpočátku zaměřeny na průběh klientčina onemocnění. Při zmínce o návratu klientky do domácího prostředí matka mluvila o stavebních úpravách. Matka byla tážána, zda rodina neuvažovala o přestěhování do větších prostor – zde zmínila nedostatek financí. Ohledně finanční situace se matka klientky nechtěla příliš bavit. Matka pracuje pouze několik hodin týdně a otec je zaměstnán na částečný úvazek jako skladník, jeví se zde varianta, že rodina je na příspěvcích klientky závislá. V rámci rozhovoru bylo poukázáno na možnost asistovaného/sociálního bydlení. Matka tuto variantu nepřipouští, dle ní je klientka nesoběstačná a nemá náhled na svou situaci. Další otázky směřovaly na trávení volného času klientky, kdy matka vyjmenovala několik volnočasových aktivit (na které ji musí vozit otec), pravidelné intervence fyzioterapeuta, návštěvy dcer a ruční práce (konkrétně výrobu šperků). Matka byla vyzvána, aby vyjádřila svůj názor ohledně klientčina přítele. Překvapujícím zjištěním byl fakt, že jejich vztah nepovažuje za milostný. Matka byla informována, že klientka během terapií zmínila vyrušení během pokusu o sexuální styk. V souvislosti s tím matka pouze odmítavě kroutila hlavou. Dle jejích slov: „Ta holka už neví, co by ...“ Vzhledem k negativnímu postoji, na matku nebylo dále naléháno a rozhovor byl ukončen.

Klientka byla informována, že v rámci následující intervence proběhne zpětná vazba z rozhovoru s matkou. Pro zvládání kompenzačních strategií v oblasti paměti byla klientka informována, že bude kontaktována prostřednictvím telefonního hovoru.

Úkoly a plán na další terapii: vzhledem k negativnímu postoji matky ohledně osamostatnění klientky není možné podniknout potřebné kroky; v souvislosti s milostným a partnerským životem klientky ergoterapeut pokládá za vhodné přizvání kompetentního odborníka

19. 10. 2017

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, jeví zájem o zpětnou vazbu z předchozí intervence

Objektivní hodnocení: klientka je spolupracující, motivovaná

Terapie: Klientce byly sděleny podstatné informace z předchozího rozhovoru s matkou (bylo dbáno, aby matka nebyla nijak očerněna). Bylo nutné zmínit, že matka vztah klientky a jejího přítele nepovažuje jako milostný. Klientce bylo sděleno, že pro řešení této situace není ergoterapeut zcela kompetentní. Jednou z možných variant je oslovení agentury, která zprostředkovává sexuální asistenci. Klientce byl zhruba představen koncept této metodiky a možné varianty, které by se daly aplikovat vzhledem k její situaci. Z pohledu ergoterapeuta by byla přínosná konzultace/poradenství/koučink se sexuálním asistentem, klientkou, jejím přítelem a matkou. Klientka byla informována, že se jedná o placenou službu.

Úkoly a plán na další terapii: klientce budou prostřednictvím e-mailu zaslány materiály a potřebné odkazy na webové stránky, které se zabývají sexuální asistencí (Rozkoš bez Rizika, Freya)

27. 10. 2017

Subjektivní hodnocení: po fyzické i psychické stránce se cítí dobře, má relativně dobrou náladu

Objektivní hodnocení: spolupracující, orientovaná, výřečná

Terapie: Cílem ergoterapeutické intervence je rekapitulace a nácvik aktivit, na které bylo v rámci tříměsíční spolupráce zaměřeno. Klientka předvedla oblékání a svlékání sportovní podprsenky. S malou fyzickou pomocí byla schopná obout si uzavřenou obuv. Klientka byla ptána, zda si osvojila kompenzační strategie pro zvládání deficitů v oblasti krátkodobé i dlouhodobé paměti – zde uvedla, že upozornění na mobilním telefonu je pro ni přínosné, ale zasílání sms s potvrzením data si neosvojila. Klientce bylo připomenuto, že pro zvýšení soběstačnosti při pohybu v exteriéru, vykonávání iADL a navštěvování volnočasových/kulturních akcí lze využít služeb osobní asistence. Klientka zmínila, že prošla zaslánými materiály týkajícími se služeb sexuální asistence, ale zatím se nerozhodla, zda je bude chtít využít.

Úkoly a plán na další terapii: klientka byla obeznámena, že následující intervence bude poslední a bude zahrnovat výstupní hodnocení.

Výstupní ergoterapeutické vyšetření

2. 11. 2017

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí po fyzické i duševní stránce dobře

Objektivní hodnocení: klientka je orientovaná, spolupracující

Cíl intervence: Cílem dnešní návštěvy je provést výstupní vyšetření (cca po třech měsících spolupráce), které zhodnotí ADL – FIM a subjektivní zhodnocení kvality života klientky – dotazník WHODAS 2.0. Cílem bylo zhodnocení dosažených cílů.

5.6 Příloha č. 6 – Vyšetření a terapie D

Klient D

Vstupní ergoterapeutické vyšetření – domácí návštěva

Datum: 21. 11. 2017 (28. 11. 2017 – vyšetření HKK)

Pohlaví: žena Věk: 42 let

Diagnóza.: st.p. resekci glioblastomu P vlevo 2009, násl. chemo-readioterapie s cystou s expanzivním chováním v místě původního tumoru k fenestraci; s obrazem lehké centrální kvadruparézy s akcentací na pravé straně (dle zdravotnické dokumentace pravostranná hemiparéza, výraznější na PDK)

Kognitivní a psychosociální funkce:

Klientka je orientovaná místem a osobou, s orientací v čase si je vědoma limitací, proto využívá kalendář (do kterého si zapisuje veškeré potřebné informace). Klientka je komunikující, občas jsou její odpovědi neadekvátní a lehce zmatené. Subjektivně uvádí problémy s dlouhodobou pamětí (co si nezapíše, to si nepamatuje), proto docházelo při sběru informací ke značným nejasnostem.

MoCA: 25/30 b. (norma – 26 bodů, problémy v kognitivních funkcích)

Zrakově-prostorové a exekutivní úlohy: 4/5 (*klientka používala LHK (nedominantní); kresba krychle nepřesná, čáry nebyly rovnoběžné a lišily se v délce*)

Pojmenování: 3/3

Pozornost: 5/6 (*klientka ztratila bod v početní úloze, zvládla pouze dva správné odečty*)

Řeč: 2/3 (*klientka nebyla schopná slovní produkce, vyjmenovala celkem 13 slov, z toho pouze 9 bylo správných*)

Abstrakce: 2/2

Paměť – oddálené vybavení slov: 4/5 (*klientka si nevzpomněla na slovo kopretina, po nápovědě byla schopná odpovědět*)

Orientace: 5/6 (*klientka má problémy s orientací v čase (používá kalendář), špatně zodpověděla rok (uvedla 2015 namísto 2017)*)

Mobilita/lokomoce:

V rámci lůžka – zvládá samostatně; schopná se přetočit na pravý i levý bok, schopná se posunout (odrazem o LDK)

Vertikalizace do sedu – zvládne samostatně

Sed – stabilní

Vertikalizace do stoje – zvládne samostatně s oporou (o mechanický vozík), potřebuje dostatek času, hrozí riziko pádu

Stoj – zvládne s oporou o HKK, nestabilní – hrozí riziko pádu

Chůze – s oporou o HKK zvládne ujít přibližně 3 kroky – využívá pro přesuny na toaletu a do vany

Lokomoce – pro lokomoci využívá mechanický vozík (zakoupený na vlastní náklady, bez předchozí konzultace s odborníkem), nedostane se s ním na WC a do koupelny, do výtahu se s delší časovou dotací dostane, pohyb v exteriéru možný pouze s asistencí, kdy je pasivně vezena, před bytovým objektem je nevyhovující nájezdová rampa, kterou není schopna zdolat samostatně

Pozn.: vzhledem k riziku pádu při přesunech a vertikalizaci klientka využívá ochrannou helmu (lyžařskou)

Funkční hodnocení HKK:

Dominance: pravák

Taxe: na LHK lehce nepřesná, na PHK výrazně nepřesná (což činí potíže v ADL – oblékání a sebesycení)

Čítí: Klientka subjektivně uvádí zhoršenou citlivost na PHK.

PHK: povrchové: vyšetřováno taktilní čítí (dotyk v oblasti ramene, lokte, předloktí, zápěstí, dorzální i palmární strany dlaně) – hypestezie akrálně; určila 7/10 podnětů

hluboké: polohocit (nastavení končetiny v klíčových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – normostézie; pohybocit (vyšetřováno v klíčových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – normostézie

LHK: povrchové: hypestezie akrálně; určila 8/10 podnětů

hluboké: polohocit – normostézie; pohybocit – normostézie

Tonus: spastická PHK; orientační vyšetření spasticity (dle Ashworthovy škály):

m. latissimus dorsi – 0

m. triceps brachii – 2

m. biceps brachii – 2

m. pronator teres, m. pronator quadratus – 1

m. flexor carpi ulnaris, m. flexor carpi radialis – 0

m. extensor carpi ulnaris, extensor carpi radialis longus/brevis – 1

extensory prstů – 1

flexory prstů – 0

AROM: funkční rozsahy pohybů jsou u klientky zachovány

PROM: pasivní rozsah pohybů ve všech kloubních segmentech zachován

Jemná motorika: Klientka subjektivně uvádí problémy v oblasti jemné motoriky, což se projevuje ve vykonávání ADL – předměty jí často padají z rukou (může být ovlivněno porušeným čítím akrálně), vyhýbá se přípravě jídla (pečivo jí suché, případně uzeniny/sýry přikusuje), má problém s aplikací pasty na zubní kartáček (odšroubování víčka, nanesení pasty) a uvádí obtížnou manipulaci se zipy a knoflíky.

Orientačně vyšetřeno aspekci:

Štípec, špetka neobratná

Opozice palce vůči ostatním prstům nepřesná

Válcový a kulový úchop není porušen

Grafomotorika – písmo nečitelné, neúplné, klientka má obtíže s přitlakem psací potřeby;

klientka pro psaní využívá LHK – písmo obtížně čitelné, ale pro klientčiny potřeby dostačující

Hodnocení ADL:

FIM: 90/126 (71,43% = *mírná asistence*)

Celkový průměr: 5

Fyzické položky: 62/91 (68,13% = *mírná asistence – potřebuje větší fyzickou asistenci*)

Průměr A – M: 4,77

Psychosociální položky: 28/35 (80,00% = *minimální slovní dopomoc*)

Průměr N – R: 5,60

Datum vyšetření:	21.11.2017	5.1.2018	22.2.2018
Příjem jídla	6	6	6
Osobní hygiena	3	3	3
Koupání	3	3	3
Oblékání - horní 1/2 těla	6	6	6
Oblékání - dolní 1/2 těla	6	6	6
Použití WC	6	6	6
Kontrola močení	5	5	5
Kontrola vyprazdňování	7	7	7
Přesun z postele na židli/vozík	6	6	6
Přesun na toaletu	6	6	6
Přesun do vany/sprchy	3	1	1
Chůze/Jízda na vozíku	4	4	4
Schody	1	1	1
Rozumění	7	7	7
Exprese	6	6	6

Sociální interakce	7	7	7
Řešení problémů	5	5	5
Paměť	3	3	3

Interpretace:

Osobní hygiena: 30/42 (71,43% = mírná asistence)

A Příjem jídla 6 – klientka pro sebesycení obvykle nepoužívá příbor (jí většinou pouze pečivo), v případě potřeby jí lžící nebo vidličkou, kterou drží v levé ruce, udává problémy s třesem při přiblížení ruky k ústům a také špatnou koordinací HKK, která znemožňuje krájení

B Osobní hygiena 3 – klientka vykonává osobní hygienu ve stoji v kuchyni u dřezu, nanesení pasty a následné čištění zubů provádí levou rukou, uvádí problémy s umýváním obličeje (problematická koordinace HKK, provádění úkonu se zavřenýma očima); samostatně zvládne přibližně 50% z vykonávané činnosti, omytí obličeje a učešání provádějí za klientku pečovatelské, které docházejí 1x týdně

C Koupání 3 – klientka potřebuje dopomoc 2 pečovatelek, které k ní docházejí pravidelně jednou týdně; klientka provádí celotělovou hygienu v sedě na sedačce na vanu, zvládne si samostatně umýt a usušit levou a pravou paži, hrud', břicho, levé a pravé stehno, což představuje přibližně 60% z vykonávané činnosti

D Oblékání horní poloviny těla 6 – klientka je zvyklá nosit volné oblečení, většinou triko s krátkým rukávem a mikinu přes hlavu, zvládne se obléknout samostatně, podprsenku většinou nenosí, v případě potřeby nosí sportovní podprsenku – uvádí, že jí oblékání trvá delší dobu a někdy se stane, že podprsenku při oblékání roztrhne

E Oblékání dolní poloviny těla 6 – klientka si zvládne obléknout dolní polovinu těla samostatně, oblékání provádí vsedě (natáhnutí spodního prádla a kalhot ke kolenům, oblečení ponožek) a následně ve stoji (vytažení spodního prádla a kalhot do pasu, upravení oděvu), při oblékání ve stoji klientka uvádí riziko pádu; pro vykonání této aktivity potřebuje větší časovou dotaci

F Použití WC 6 – klientka zvládá samostatně, na WC má instalovaná madla, která využívá při očištění a úpravě oděvu

Kontrola sfinkterů: 12/14 (85,71% = minimální asistence)

G Kontrola močení:

část I. 6 – klientka je schopná si dle potřeby dojet/dojít na WC; uvádí, že má k dispozici absorpční vložky, které jí však nevyhovují

část II. 5 – klientka uvádí přibližně jednu nehodu za týden; důvodem často bývá to, že se nestihne přesunout na WC

H Kontrola vyprazdňování

část I. 7 – klientka uvádí, že se občas potýká se zácpou, avšak žádné přípravky ani jiné pomůcky nevyužívá

část II. 7 – u klientky nedochází k nehodám v oblasti vyprazdňování

Přesuny: 15/21 (71,42% = mírná asistence)

I Postel, židle, vozík 6 – zvládá samostatně, potřebuje větší časovou dotaci, hrozí riziko pádu, proto v některých případech využívá ochrannou helmu

J Toaleta 6 – zvládá samostatně, pro přesun využívá madla

K Vana, sprchový kout 3 – při přesunu do vany potřebuje fyzickou dopomoc při posazování na sedačku do vany, ošetřovatelky pak umístí obě DKK do vany, pro přesun využívá madla umístěná na stěně

Lokomoce: 5/14 (35,71% = maximální závislost)

L Chůze/Jízda na vozíku 4 – klientka se pohybuje na mechanickém vozíku; v interiéru se pohybuje samostatně, na vozíku se nedostane do koupelny a na WC z důvodu nedostačující šířky dveří, v exteriéru potřebuje dopomoc 1 osoby

M Schody 1 – klientka chůzi do/ze schodů nyní neprovádí, ani nezkoušela

Komunikace: 13/14 (92,86% = modifikovaná nezávislost)

N Rozumění 7 – klientka plně rozumí komplexním i abstraktním informacím pomocí zraku i sluchu

O Expres 6 – klientka má mírné obtíže v oblasti vyjadřování – někdy potřebuje více času, hledá vhodná slova, ale dokáže sama sebe korigovat

Sociální schopnosti: 15/21 (71,43% = mírná slovní dopomoc)

P Sociální interakce 7 – klientka v rámci terapie adekvátně spolupracuje a komunikuje

Q Řešení problémů 5 – klientka je schopná uvažovat v souvislostech, avšak při obtížnějších úkonech potřebuje dopomoc další osoby, např.: sestra klientky obstarává náležitosti na úřadech

R Paměť 3 – klientka uvádí, že má problém s uspořádáním a dodržováním režimu dne, že si nepamatuje, kde má co v bytě uloženo, pro orientaci v čase využívá kalendář, kde si vše potřebné zapisuje

Hodnocení IADL:

Jízda dopravním prostředkem – pro transport využívá handicap taxi/sanitku

Nákup potravin – obstarává prostřednictvím donáškové služby, menší nákup obstará sousedka

Příprava pokrmu – nepřipravuje (potenciál pro přípravu jednoduchého pokrmu by zde byl, ale odmítá činnost vyzkoušet)

Domácí práce – zvládá pouze umýt nádobí, vytření podlahy obstarává firma na úklid

Vyprání osobního prádla – zvládá samostatně, ale v mnoha případech jej zapomene v pračce

Funkční komunikace – používá mobilní telefon (zavolá/přijme hovor, psaní sms s obtížemi), využívá osobní PC

Management léků – zajišťuje samostatně

Management financí – s asistencí sestry (plná moc)

Péče o druhé – stará se o králíka, zvládá částečně samostatně, znečištěnou podlahu v okolí klece uklízí firma

Subjektivní hodnocení disability – dotazník WHO DAS II

Svou životní situaci v průměru hodnotí jako středně obtížnou – 74,24%.

WHO DAS II – klient D			
	vstup	kontrola	výstup
Porozumění a komunikace	79,17%	66,67%	70,83%
Mobilita	85%	80%	80%
Sebeobsluha	43,75%	43,75%	43,75%
Vztahy s lidmi	50%	60%	55%
Životní aktivity	93,75%	93,75%	93,75%
Účast ve společnosti	93,75%	93,75%	93,75%
Celkem	74,24%	72,99%	72,85%

Ergoterapeutické intervence:

28. 11. 2017

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, má dobrou náladu, je na spolupráci zvědavá

Objektivní hodnocení: orientovaná místem osobou i časem, částečně spolupracující (některé výzvy odmítá)

Terapie: Cílem dnešní intervence bylo dodatečné vyšetření HKK a zhodnocení mobility v bytě. Na základě zjištění stavu HKK – hypestezie akrálně, proběhla terapie zaměřená na stimulaci HKK včetně instruktáže v oblasti autoterapie. Klientka byla vyzvána, aby předvedla manipulaci s vozíkem v bytě (v místnostech, které denně využívá), včetně přesunů na toaletu. Klientce bylo navrženo, že budeme trénovat přesun do vany, to však odmítla – dle jejích slov: „Mě to vyhovuje, jak to děláme s pečovatelkami.“

Úkoly a plán na další terapii: Klientce bylo doporučeno, aby prováděla autoterapii v oblasti stimulace aker HKK s využitím běžných předmětů v domácnosti – kuchyňská houbička, kartáč na ruce. Byla požádána, aby si do další terapie opatřila dvě balení fazolí (jako další varianta stimulace). S klientkou jsme se domluvíly, že další termín terapie naplánujeme tak, aby probíhala za přítomnosti pečovatelek (zhodnocení a trénink přesunů do/z vany).

5. 12. 2017

Pozn.: návštěva proběhla za účelem detekovat facilitátory a bariéry domácího prostředí klientky – intervenci vedla kolegyně Bc. Dorota Podzemná

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí relativně dobře, uvádí, že špatně spala

Objektivní hodnocení: klientka orientovaná, spolupracující

Terapie: Cílem dnešní intervence bylo zhodnotit možné facilitátory a bariéry v bytě a nebytových prostorách domu. Kolegyně Bc. Dorota Podzemná si v rámci domácí návštěvy zaznamenala potřebné rozměry a vzdálenosti v bytě. Klientka byla vyzvána, aby se přemístila do výtahu – patrný diskomfort, vysoký práh mezi vchodovými dveřmi do bytu, který musí překonávat jízdou pozadu. Pro přesun do výtahu klientka využila asistenci další osoby, která pomůže s otevřením dveří a s manipulací mechanického vozíku (tuto aktivitu zvládá i samostatně, ale potřebuje velkou časovou dotaci, navíc byla klientka již značně unavená). Klientka měla za úkol dojet k poštovní schránce, kterou přibližně jednou za dva týdny kontroluje. Aby klientka byla schopná schránku otevřít a případnou poštu vyjmout, musí se ve většině případů postavit, což je pro ni vzhledem k riziku pádu nebezpečné. S klientkou jsme se přemístily před vchod – možné pouze s asistencí další osoby, nutné manipulovat s těžkými dveřmi, které se navíc otvírají dovnitř. Trénink jízdy v exteriéru jsme se rozhodly naplánovat na některou z příštích intervencí.

Úkoly a plán na další terapii: Klientka byla vyzvána, aby se domluvila se sousedkou, která má schránku o úroveň níže (mají spolu dobrý vztah), zda by bylo možné si poštovní schránky vyměnit. Klientka byla znovu poučena ohledně autoterapie v oblasti stimulace aker HKK, jelikož to neprováděla. Klientka prozatím nebyla schopná sdělit následující návštěvu pečovatelek a zprostředkovat s nimi případnou spolupráci – domluvily jsme se, že to spolu budeme řešit prostřednictvím e-mailu, aby nezapomněla.

19. 12. 2017

Pozn.: S klientkou bylo obtížné domluvit se na termínu – třikrát termín změnila.

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí po fyzické i psychické stránce dobře

Objektivní hodnocení: klientka je orientovaná spolupracující, uvádí, že se na plánovanou hygienu těší (pečovatelky docházejí pouze cca 1x týdně)

Cíl intervence: Ve spolupráci s pečovatelkami zhodnotit provádění přesunů do vany – případně navrhnout možné změny v provádění, navrhnout vhodné kompenzační pomůcky.

Terapie: Cílem dnešní intervence bylo ve spolupráci s pečovatelkami zhodnotit provádění přesunů do vany – případně navrhnout možné změny v provádění, navrhnout vhodné kompenzační pomůcky. V rámci terapie jsem měla možnost nahlédnout na asistenci pečovatelek při vykonávání celotělové hygieny. Klientka s pečovatelkami spolupracuje již delší dobu a mají naučený určitý systém. Pečovatelky klientce pomohou se svlékáním horní poloviny těla, poté klientce pomohou do stoje – probíhá před vstupem do koupelny (jedna pečovatelka je v koupelně, druhá jistí zezadu a posléze odstraňuje vozík). Následně se klientka přichytí madel (v této poloze pečovatelka klientce svlékne dolní polovinu těla) a cca dvěma kroky se přemístí k vaně, pečovatelka navede klientku na sedačku do vany, jakmile klientka sedí, pečovatelka přemístí DKK do vany (druhá pečovatelka jistí klientku zezadu, aby nepřepadla). Samotná hygiena probíhá tak, že pečovatelka klientku osprchuje, klientka si omyje části těla, které zvládne (druhá pečovatelka stále jistí klientku zezadu a pomůže s omytím zad a DKK), mytí hlavy je čistě v režii pečovatelek. Pečovatelka klientku opláchně a v sedě na sedačce se klientka za asistence pečovatelek osuší. Pečovatelky pomohou klientce v přesunu ze sedačky do stoje, kde se klientka přichytí madel a pečovatelka klientku dosuší. Ve stoji s oporou o madla si klientka za asistence pečovatelky obléče spodní prádlo a kalhoty, poté jí pomohou s přesunem zpět do vozíku, kde si oblékne triko.

Na základě pozorování hodnotím prováděnou aktivitu jako kvalitně a dostatečně rychle provedenou, avšak klientka je v mnoha úkonech pasivní, přestože má potenciál pro větší účast v provádění činnosti. Pečovatelky se shodly na tom, že jde o nejrychlejší, nejjednodušší a nejbezpečnější způsob provádění činnosti. Jako nevyhovující hodnotí nedostatečný manipulační prostor v koupelně, kdy uvádějí, že pro bezpečnost klientky je vhodné, aby tam byly obě. Vhodným řešením je zde pořízení otočné sedačky do vany, která by teoreticky umožnila bezpečný přesun do vany za asistence pouze jedné pečovatelky.

Úkoly a plán na další terapii: Za účasti rodinného příslušníka – sestry (byla kontaktována prostřednictvím telefonického rozhovoru), bylo klientce doporučeno, aby požádala svého lékaře (spolupráce s Klinikou rehabilitačního lékařství VFN) o vystavení poukazu na otočnou sedačku do vany.

Kontrolní ergoterapeutické vyšetření

Datum: 5. 1. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, je dobře naladěná

Objektivní hodnocení: klientka je orientovaná osobou a místem, časem nikoliv – neuvědomuje si, že je již nový rok

Terapie: Cílem dnešní návštěvy je provést kontrolní vyšetření (cca po jednom měsíci spolupráce), které zahrnuje, zhodnocení ADL prostřednictvím FIM a subjektivní zhodnocení kvality života klientky – dotazník WHO DAS II., dále pak zhodnocení dosažení dosavadních cílů.

Úkoly a plán na další terapii: Klientce bylo doporučeno, aby si pořídila nová madla do koupelny (poskytnuty možné varianty jednotlivých firem s kompenzačními pomůckami), která by jí umožnila aktivnější přesun do vany. Na základě očekávání klientky (vycházejí z jejich cílů – zlepšení funkčního stavu DKK) byl klientce zprostředkován kontakt na fyzioterapeuta (z agentury ProCare Medical s. r. o.), se kterým se má domluvit na termínu terapie (která proběhne v domácím prostředí klientky). V tomto případě se jedná o hrazenou službu, proto jsme se s klientkou dohodly na spoluúčasti. Pokud by tato služba klientce vyhovovala, terapie by si dle potřeby hradila v budoucnu sama.

19. 1. 2018

Dnes proběhla terapeutická intervence za účasti fyzioterapeuta, který mi byl ochotný poskytnout informace o průběhu a náplni cvičební jednotky prostřednictvím e-mailu.

S fyzioterapeutem jsme se před samotnou návštěvou telefonicky domluvili, že zakázkou je především terapie zaměřená na dolní končetiny, vertikalizaci a mobilitu dle jeho a klientčina uvážení.

Dle fyzioterapeuta probíhala terapie standardním způsobem – klientka byla převážně spolupracující, chyběla motivace pro aktivní zapojení, preferovala spíše pasivní prvky terapie (protahování, měkké techniky apod.). Terapie započala zhodnocením celkového stavu DKK, kdy největší limitací pro vykonávání aktivního pohybu je spasticita PDK s patrnými kontrakturami akrálně. Terapeut provedl pasivní protažení jednotlivých segmentů DKK a měkké techniky pro ovlivnění svalového tonu, následovalo aktivní cvičení v polohách leh na lůžku, v sedě a následně i ve stoji, modifikace stoje a nácvik chůze s oporou. Klientce byly předvedeny možnosti autoterapie v oblasti protahování zkrácených svalů DKK (s využitím pomůcek – ručnicku a stupínku) a v oblasti celkové obratnosti za účelem zvětšení rozsahu pohybu a zvýšení svalové síly. Klientce bylo doporučeno, aby si vedla cvičební deník, to však odmítla (uvedla, že jí psaní činí potíže).

22. 1. 2018

Prostřednictvím e-mailové konverzace s klientkou byla získána zpětná vazba týkající se proběhlé fyzioterapeutické intervence.

Klientka hodnotí terapii obecně jako prospěšnou. Subjektivně vnímala zlepšení v oblasti hybnosti PDK bezprostředně po terapii. Klientka uvádí, že některé cviky zadané fyzioterapeutem provádí, ne však s takovou pravidelností a intenzitou na které se domluvili – při zmínce možnosti vést si cvičební deník, který by pro ni mohl být motivací, nereagovala. Při otázce, zda by chtěla i v budoucnu využívat tuto službu uvedla, že je to pro ni bohužel po finanční stránce nemožné, což vzhledem k jejím příjmům chápu.

Plán další společné intervence jsme stanovily, že vyzkoušíme pohyb v exteriéru za účelem nákupu potravin a celkového zhodnocení okolí (klientka se mimo byt dostane pouze vy výjimečných případech).

7. 2. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se po fyzické i psychické stránce cítí dobře, je v dobré náladě

Objektivní hodnocení: klientka je orientovaná, spolupracující, velmi výřečná

Terapie: Cílem dnešní intervence byl nácvik mobility a lokomoce v exteriéru za účelem obstarání nákupu (klientka si měla připravit nákupní seznam) a celkové aktivizace – prohlídky okolí. Setkání s klientkou započalo předáním poznatků a nových informací – vztahujících se k předchozí fyzioterapeutické intervenci, k pořízení otočné sedačky do vany (klientka již obdržela poukaz) a k pořízení nového mechanického vozíku, kdy klientka bez předchozí konzultace podnikla již některé kroky. Společně s dealerem, předběžně vybrali typ mechanického vozíku, který se po bližším prozkoumání nezdá být pro klientku vhodný. V souvislosti s touto situací budu usilovat o spolupráci s odborníky z Kliniky rehabilitačního lékařství VFN.

Náplní terapie byla jízda v terénu, kdy jsem klientce asistovala (tato intervence simulovala využití služeb osobní asistence). Klientce jsem pomohla s oblékáním, s přesunem do výtahu a s překonáním bariér v domě – manipulace s těžkými dveřmi, překonání nevhodné nájezdové rampy před domem. Klientka byla v exteriéru pasivně vezena. Účelem pohybu v exteriéru byl nákup potravin v blízkém supermarketu, kdy jsem vybrané potraviny ukládala do nákupního košíku a posléze ukládala do batohu klientky. Manipulaci s penězi klientka obstarávala samostatně. Při příležitosti dostat se ven z domu chtěla klientka vybrat hotovost z bankomatu. Při této činnosti hodnotím bariérovost ve smyslu vysokého náklonu nájezdové rampy, ztíženou navíc manipulací s těžkými dveřmi (otvírání k sobě) – v této situaci klientka brzdila vozík, abych mohla manipulovat s těžkými dveřmi. Při samotném výběru peněz z bankomatu se musela klientka postavit – určitý diskomfort, kdy navíc hrozilo riziko pádu. Doba strávená v exteriéru byla přibližně 1,5 hodiny. Bylo zřejmé, že je klientka za tuto možnost ráda. Klientce bylo navrženo, že by takto mohla trávit čas v doprovodu přátel, rodinných příslušníků, nebo případně využít služeb osobní asistence.

Úkoly a plán na další terapii: Do příští intervence bude mým cílem zjistit situaci ohledně pořízení nového mechanického vozíku. Pokusím se kontaktovat odborníky z Kliniky rehabilitačního lékařství VFN, aby v souvislosti s koupí nového vozíku byly podniknuty všechny potřebné kroky. Klientce budou prostřednictvím e-mailu zaslány informace ohledně osobní asistence v Praze.

8. 2. 2018

Na základě zjištění ohledně pořízení nového MV, jsem prostřednictvím e-mailu kontaktovala MUDr. Břízovou, přes kterou klientka poukaz získala. Bohužel se v tomto případě již nedaly podniknout kroky, kdy by proběhla spolupráce mezi ergoterapeutem a dealerem. Požadavek na nový MV byl podán na pojišťovnu. Tato nevyhovující situace vznikla v důsledku špatné komunikace, kdy si klientka neuvědomila, že výběr vhodného MV spadá do kompetencí ergoterapeuta a kdy MUDr. Břízová netušila, že u klientky probíhají pravidelné ergoterapeutické intervence.

14. 2. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se necítí moc dobře, uvádí zvýšenou únavu a závratě

Objektivní hodnocení: klientka je lehce zmatená, nabízené aktivity odmítá, klientce sestra během týdne přivezla novou otočnou sedačku na vanu, prozatím však neproběhla její instalace

Terapie: Cílem dnešní intervence byl trénink přesunů a mobility v rámci bytu – na WC (zvýšení kvality a bezpečnosti), v rámci kuchyně (manipulace s předměty, příprava jednoduchého pokrmu), poklizení kolem klece s králíkem (znečištěná podlaha). Klientka si jako první činnost vybrala poklizení kolem klece, kdy využila smeták s prodlouženou rukojetí a při činnosti se PHK přidržovala stolu. Manipulace se smetákem pro ni byla náročná, ve stoji byla nejistá a nestabilní. Uváděla, že má strach z pádu. Aktivita pro ni byla náročná a v dalších naplánovaných činnostech odmítala pokračovat. Jako kompromis proběhl nácvik oblékání sportovní podprsenky. Klientka byla na základě slovního vedení a se zvýšenou časovou dotací podprsenku obléct.

Úkoly a plán na další terapii: Další návštěva bude oficiálně posledním setkáním v rámci tříměsíční spolupráce. Proběhne výstupní hodnocení a celkové zhodnocení tříměsíční spolupráce.

Výstupní ergoterapeutické vyšetření

Datum: 22. 2. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí relativně dobře

Objektivní hodnocení: klientka je orientovaná osobou a místem, je spolupracující, některé její výpovědi jsou neadekvátní a zmatené

Terapie: Cílem dnešní návštěvy je provést výstupní vyšetření, které zahrnuje zhodnocení ADL prostřednictvím FIM a subjektivní zhodnocení kvality života klientky – dotazník WHO DAS II., dále pak zhodnocení dosažení dosavadních cílů.

5.7 Příloha č. 7 – Vyšetření a terapie E

Klient E

Vstupní ergoterapeutické vyšetření – domácí návštěva

Datum: 14. 3. 2018 (22. 3. 2018 – vyšetření HKK)

Pohlaví: muž **Věk:** 42 let

Diagnóza.: st.p. ischemická CMP v povodí ACI vpravo, tříštivé krvácení do bazálních ganglií (10. 10. 2016), kraniektomie; obraz levostranné hemiparézy až hemiplegie s akcentací na LHK

Kognitivní a psychosociální funkce:

Jeví se, že klient nemá náhled na svou situaci. Nedokáže uvažovat v souvislostech, především pak plánovat reálné cíle do budoucna. V projevu reaguje občas neadekvátně - je hlasitý, používá vulgarismy, skáče do řeči, nebo nepustí člověka ke slovu. V přítomnosti přítelkyně se dokáže relativně ovládat.

MoCA: 27/30 b. (norma)

Zrakově-prostorové a exekutivní úlohy: 4/5 (*Klient ztratil bod v obkreslování krychle, kdy chyběly čáry.*)

Pojmenování: 3/3

Pozornost: 5/6 (*Klient ztratil bod při odečítání sedmiček. Byl schopný pouze dvou správných výpočtů.*)

Reč: 3/3

Abstrakce: 2/2

Paměť – oddálené vybavení slov: 5/5

Orientace: 5/6 (*Klient nevěděl přesné datum.*)

Mobilita/lokomoce:

V rámci lůžka – klient mobilitu v rámci lůžka zvládá – přetočí se na postižený i nepostižený bok, je schopný částečného bridgingu (opora o PDK)

Vertikalizace do sedu – zvládne samostatně

Sed – stabilní

Vertikalizace do stoje – zvládne s oporou (např. o vozík, o čtyřbodovou hůl), nebo je schopný vzepřít se pouze o PDK – zde hrozí riziko pádu

Stoj – za dozoru, či případně s fyzické dopomoci zvládne stoj s oporou (o čtyřbodovou hůl, vozík), zatěžuje pouze PDK, stoj je nestabilní, hrozí riziko pádu

Chůze – za dozoru, či případně s fyzické dopomoci zvládne ujít krátkou vzdálenost v rámci interiéru (cca 7 m) s oporou o čtyřbodovou hůl, s kolenní ortézou, peroneální osmičkou a peroneální páskou, stereotyp je výrazně patologický – cirkumdukce, s minimálním zatížením LDK

Lokomoce – v rámci interiéru se pohybuje na MV – ovládá PHK a odráží se PDK, v exteriéru je pasivně vezen další osobou

Funkční hodnocení HKK:

Dominance: pravák

Taxe: na LHK pro plegii vyšetřit nelze

Čítí (LHK): povrchové: vyšetřováno taktilní čítí (dotyk v oblasti ramene, lokte, předloktí, zápěstí, dorzální i palmární strany dlaně) – anestezie; určil 0/10 podnětů
hluboké: polohocit (nastavení končetiny v klíkových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – anestezie; pohybovit (vyšetřováno v klíkových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – výrazná hypostezie (byl schopný určit pohyb v rameni, nebyl schopný rozeznat směr pohybu)

Tonus: spastická LHK; orientační vyšetření spasticity (dle Ashworthovy škály):

m. latissimus dorsi – 3

m. triceps brachii – 1

m. biceps brachii – 3

m. pronator teres, m. pronator quadratus – 2

m. flexor carpi ulnaris, m. flexor carpi radialis – 3

m. extensor carpi ulnaris, extensor carpi radialis longus/brevis – 0

extensory prstů – 0

flexory prstů – 3

AROM: plegie LHK, při pohybu v ramenním kloubu klient pohyb kompenzuje souhybem trupu

PROM: v ramenním kloubu omezen – při pohybu nad horizontálu udává klient bolest, loket v semiflexi – do plné extenze nelze, klient udává bolest, flekční držení zápěstí – dorzální flexe protažitelná cca do 70°, kontraktury IP1 i IP2 – extenze prstů nelze

Jemná motorika: LHK nelze

Grafomotorika – BPN, pravák

Hodnocení ADL:

FIM: 76/126 (60,32% = mírná asistence)

Celkový průměr: 4,22

Fyzické položky: 51/91 (56,04 = mírná asistence)

Průměr A – M: 3,92

Psychosociální položky: 25/35 (71,43 = mírná slovní dopomoc)

Průměr N – R: 5,00

Datum vyšetření:	14.3.2018	9.4.2018	29.7.2018
Příjem jídla	4	4	4
Osobní hygiena	5	5	5
Koupání	4	4	4
Oblékání - horní 1/2 těla	4	5	5
Oblékání - dolní 1/2 těla	3	3	5
Použití WC	4	4	5
Kontrola močení	5	5	5
Kontrola vyprazdňování	6	6	6
Přesun z postele na židli/vozík	6	6	6
Přesun na toaletu	3	3	6
Přesun do vany/sprchy	3	3	3
Chůze/Jízda na vozíku	3	3	3
Schody	1	1	1
Rozumění	7	7	7
Exprese	6	6	6
Sociální interakce	3	3	4
Řešení problémů	3	3	4
Paměť	6	6	6

Interpretace:

Osobní hygiena: 24/42 (57,14 = mírná asistence)

A Příjem jídla 4 – Klient pro sebesycení využívá pouze lžíci, nebo vidličku. Talíř má položený na protiskluzové podložce. Pokrm je upravený tak, aby nemusel tuhou stravu krájet. Případně využije asistenci další osoby, aby mu pokrm pokrájela.

B Osobní hygiena 5 – Přítelkyně klientovi pomáhá s nanesením pasty na zubní kartáček, slovně jej navádí a případně podává další pomůcky.

C Koupání 4 – Celotělová hygiena probíhá na sedačce ve vaně. Při této činnosti přítelkyně klienta opláchne (nebo klientovi pouze podá sprchu a opláchne se sám). S omytím je klientovi potřeba dopomocť především s PHK a perianální oblastí. Osušení probíhá v sedě na sedačce, kdy přítelkyně opět pomáhá s osušením PHK a ve stoji pak s perianální oblastí a zády.

D Oblékání horní poloviny těla 4 – Při oblékání horní poloviny těla klient vyžaduje dopomocť především s nastavením kusu oblečení (dle analýzy činnosti má klient problém s prostorovým

vnímáním), konečným dotažením a úpravou. V mnoha případech je však klient pasivní (ačkoliv potenciál pro vykonání činnosti má) a obléká jej přítelkyně.

E Oblékání dolní poloviny těla 3 – Klient je ve vykonávání této činnosti pasivní (potenciál pro zvládnutí této činnosti má). Klient je schopný přítelkyni dopomoci asi z 50%.

F Použití WC 4 – Klient je schopný samostatně použít nádobu na moč (bažanta). Pro vyprázdnění stolice klient využívá toaletní křeslo, je schopný se samostatně očistit a upravit si oděv. Nádobu na moč i toaletní křeslo vyprazdňuje přítelkyně.

Kontrola sfinkterů: 11/14 (75,57% = supervize)

G Kontrola močení:

část I. **5** – Klient močí do nádoby na moč (bažanta), kterého vyprazdňuje přítelkyně.

část II. **6** – Klient je plně kontinentní, ale používá bažanta.

H Kontrola vyprazdňování

část I. **6** – Klient pro kontrolu stolice využívá toaletní křeslo.

část II. **7** – Klient je plně kontinentní.

Přesuny: 12/21 (57,14% = mírná asistence)

I Postel, židle, vozík 6 – Klient zvládá přesuny z vozíku na postel a zpět samostatně. Přesun je relativně bezpečný. Klient při přesunu zatěžuje pouze PDK a vzpírá se o PHK.

J Toaleta 3 – Klient se v případě potřeby zvládne samostatně přesunout na toaletní křeslo, které je umístěné v obývacím pokoji. S asistencí přítelkyně trénují přesun na toaletu, proto je tato činnost hodnocena, že je potřeba 50% asistence. Přítelkyně klienta jistí a dopomáhá v trajektorii pohybu (klient se musí ve stoji otočit, jelikož v malém prostoru koupelny nelze MV najet blíže). Přítelkyně koriguje usedání na záchodovou mísu. Přesun z toalety zpět na MV je obdobný – pomáhá klientovi do stoje, jistí a navádí jej při otáčení a koriguje usedání do vozíku.

K Vana, sprchový kout 3 – Při přesunu na sedačku do vany pomáhá klientovi přítelkyně. Je potřeba klienta jistit, navádět při trajektorii pohybu a korigovat usedání na sedačku. Nejprve se klient posadí na okraj vany, přítelkyně pomůže s manipulací LDK a poté se vzepřením o PHK přemístí na sedačku.

Lokomoce: 4/14 (28,57% = maximální závislost)

L Chůze/Jízda na vozíku 3 – Klient tréninkově za dozoru a případné asistence terapeuta ujde cca 7 m. V rámci interiéru se pohybuje na MV, který ovládá PHK a odráží se PDK. V exteriéru je pasivně vezen.

M Schody 1 – Klient chůzi do/ze schodů nezkoušel.

Komunikace: 13/14 (92,86% = modifikovaná nezávislost)

N Rozumění 7 – Klient rozumí komplexním i abstraktním informacím.

O Expresa 6 – Klient nemá problém ve vyjadřování svých potřeb a myšlenek. Občas je ve vyjadřování hlučný a pochechtává se.

Sociální schopnosti: 12/21 (57,14 = mírná slovní pomoc)

P Sociální interakce 3 – Klient je spolupracující pouze částečně. Zadaný úkol/činnost se snaží splnit, hledá však výmluvy, při nezdaru se vzteká a občas mluví vulgárně. Přítelkyně má na jeho chování pozitivní vliv.

Q Řešení problémů 3 – Klient nemá náhled na svou situaci – přestože nezvládá položky pADL, mluví o tom, že si najde práci. Management financí a vyřizování záležitostí na úřadech, v nemocnici apod. má na starost přítelkyně.

R Paměť 6 – Klient subjektivně uvádí problémy s krátkodobou pamětí. Přítelkyně v některých případech musí klientovi připomínat naplánované denní aktivity.

Hodnocení IADL:

Jízda dopravním prostředkem – klient se přepravuje jako spolujezdec v osobním autě, které nejčastěji řídí přítelkyně; má vyřízený průkaz ZTP

Nákup potravin – obstarává především přítelkyně, případně ji doprovází (je vezen na MV)

Příprava pokrmu – připravuje přítelkyně, ta se snaží klienta zapojit (spíše pro naplnění volného času), klient je schopný si jídlo ohřát v mikrovlnné troubě

Domácí práce – obstarává především přítelkyně, klientovou povinností je obsluha myčky

Vyprání osobního prádla – obstarává přítelkyně

Funkční komunikace – klient využívá mobilní telefon (přijme/odešle hovor i sms), tablet i notebook

Management léků – klient využívá organizér léků, který plní přítelkyně

Management financí – má na starost přítelkyně (plná moc)

Péče o druhé – klient má syna z předchozího manželství, s kterým se však pravidelně nestýká

Subjektivní hodnocení disability – dotazník WHO DAS II

Celkově pociťuje v životě těžké obtíže (51,81%). Nejhorší hodnotil doménu „mobilita“.

WHO DAS II - klient E			
	vstup	kontrola	výstup
Porozumění a komunikace	33,33%	37,50%	12,50%
Mobilita	75%	75%	75%
Sebeobsluha	75%	75%	68,75%
Vztahy s lidmi	40%	40%	35%
Životní aktivity	25%	12,50%	0%
Účast ve společnosti	62,50%	62,50%	50%
Celkem	51,81%	50,42%	40,21%

Ergoterapeutické intervence:

22. 3. 2018

Subjektivní hodnocení: klient se cítí dobře, je v dobré náladě, na domácí návštěvu se těšil

Objektivní hodnocení: orientován místem, časem i osobou, spolupracující, výřečný (občas příliš hlučný, nepustí člověka ke slovu)

Terapie: Cílem dnešní domácí návštěvy bylo vyšetření horních končetin. Ve spolupráci s kolegyní Bc. Podzemnou proběhlo podrobné zhodnocení domácího prostředí klienta. Klient byl vyzván, aby předvedl manipulaci s MV v obývacím pokoji s kuchyňským koutem, včetně manipulace s předměty denní potřeby (vyndávání věcí z lednice, nakládání nádobí do mikrovlnné trouby a do myčky apod.) a za fyzické dopomoci přítelkyně předvedl mobilitu v koupelně s WC. Přítelkyně klienta přemístila do výtahu, kdy byla nutná demontáž stupaček, a při jízdě výtahem klient s přítelkyní zaujímal velmi nekomfortní polohu. V rámci denního stacionáře na KRL studentky NMgr. klientovi vytvořili „motivační tabulku“ pro vykonávání aktivit v domácím prostředí, jako je obsluha myčky, příprava kávy/čaje, vaření apod. (za splněný úkol si může zaznačit smajlíka). Dle přítelkyně tento způsob motivace funguje, proto bylo klientovi navrženo, že mu bude poskytnuta tabulka zaměřená na analytické cviky (bridging, stoj u opory s přenášením váhy, protahování LHK atd.).

Úkoly a plán na další terapii: Na základě zhodnocení bytové situace bylo klientovi doporučeno, aby v nejbližší možné době nainstaloval madla, která umožní trénink vertikalizace. Pro zvýšení soběstačnosti v rámci přesunů na WC bylo navrženo pořízení vhodného nástavce. Spolu s klientem a jeho přítelkyní jsme se dohodli, že v následujících terapiích proběhne nácvik oblékání horní (případně i dolní) poloviny těla. Klientovi bude poskytnuta „motivační tabulka“ zahrnující analytické cvičení.

27. 3. 2018

Subjektivní hodnocení: klient se cítí relativně dobře, přítelkyně uvádí, že měl přes víkend špatnou náladu, odmítal nabízené aktivity (procházka v parku, návštěva známých)

Objektivní hodnocení: klient je orientován, ze začátku spolupracující, po nezdaru ve vykonávané činnosti reaguje vztekem až agresí

Terapie: Cílem dnešní terapie byl nácvik svlékání a oblékání horní poloviny těla. Před samotnou aktivitou proběhla příprava LHK s využitím prvků Bobath konceptu (mobilizace pletence ramenního, placing HK, aproximace). Klient aktivitu vykonával v sedě na lůžku. Byl schopný si triko bez větších obtíží svléct, ale převrátil jej naruby. I přes slovní navádění nebyl schopný triko převrátit, což jej značně rozčilovalo a odmítal v terapii pokračovat. Bylo nutné klientovi

triko správně nastavit a předvést postup, jak si triko obléct. Klient nakonec při slovním pobízení a případně fyzické dopomoci (nastavení oděvu) tuto činnost zvládl vykonat celkem třikrát. Klientovi byla předána „motivační tabulka“ a jednotlivé cviky s ním byly probrány a předvedeny.

Úkoly a plán na další terapii: Klient i přítelkyně byli vyzváni, aby každý den zkoušel svlékání a oblékání trika samostatně. Klient byl také vyzván plnit zadané cviky. V rámci následující intervence bude pokračovat nácvik svlékání a oblékání horní poloviny těla.

5. 4. 2018

Subjektivní hodnocení: klient se cítí po fyzické i psychické stránce dobře

Objektivní hodnocení: kliente je orientován, spolupracující, výzvám se snaží vyhovět, při nezdaru však reaguje neadekvátně (vztekem až agresí)

Terapie: V rámci dnešní intervence bylo zkontrolováno plnění zadaných úkolů. Přítelkyně uvádí, že jej musela do činností přemlouvat. Proběhl nácvik svlékání a oblékání horní poloviny těla, kdy se první pokus klientovi podařil zcela bezchybně. Při dalším pokusu měl problém s nastavením oděvu, což jej demotivovalo, až rozčílilo. Bylo nutné klientovi fyzicky dopomoci. Klient byl ochotný činnost zopakovat i potřeť. Přítelkyně uvádí, že ranní oblékání vzhledem k času (odchází do práce) provádí spíše ona, ale večer se klient svléká a částečně obléká samostatně.

Úkoly a plán na další terapii: Dnes bylo oznámeno, že klient 11. 4. nastupuje do Jánských lázní k měsíčnímu pobytu. Během příští intervence proběhne kontrolní ergoterapeutické vyšetření a bude naplánován optimální průběh další spolupráce.

Kontrolní ergoterapeutické vyšetření

9. 4. 2018

Subjektivní hodnocení: klient se cítí dobře, je lehce nervózní před nástupem do lázní

Objektivní hodnocení: klient je orientován, relativně spolupracující, lehce roztržitý

Terapie: Cílem dnešní návštěvy je provést kontrolní vyšetření (cca po jednom měsíci spolupráce), které zahrnuje zhodnocení ADL prostřednictvím FIM a subjektivní zhodnocení kvality života klienta – dotazník WHO DAS II., dále pak zhodnocení dosažení dosavadních cílů a navržení další spolupráce.

29. 4. 2018

Ve spolupráci s přítelkyní klienta proběhla návštěva v lázních. Vzhledem k časovým možnostem návštěva bohužel proběhla v neděli, kdy klient nemá žádné procedury a bohužel není možnost se spojit s odborníky, kteří s klientem spolupracují.

Subjektivní hodnocení: klient se cítí po fyzické i psychické stránce dobře, je v dobré náladě (těší se na pravidelnou návštěvu přítelkyně)

Objektivní hodnocení: klient je orientován ve všech kvalitách, aktivní, spolupracující

Terapie: Cílem dnešní návštěvy bylo získat informace o probíhající lázeňské péči a případně navrhnout možné úpravy pro naplnění dlouhodobých cílů. Klient i přítelkyně hodnotí lázeňskou péči negativně – klient má minimum procedur, které neodpovídají jejich požadavkům (zlepšení se v oblastech pADL – chůze, přesuny, oblékání). Klient má cca 1x denně ergoterapii, která je zaměřená na ovlivnění LHK (protažení akra a měkké techniky), trénink kognitivních funkcí a plní spíše úlohu volnočasových aktivit (terapeutická jednotka sestává především z hraní společenských her). Klient byl vyzván, aby se s terapeutem domluvil na konkrétním cíli, který by koreloval cílem stanoveným pro pravidelné tříměsíční intervence – zvládání přesunů na WC, vertikalizace do stoje a samostatné oblékání a svlékání horní i dolní poloviny těla.

Úkoly a plán na další terapii: Další intervence proběhne po návratu klienta do domácího prostředí.

16. 5. 2018

Subjektivní hodnocení: klient je v dobré náladě, je rád, že už je zpět v domácím prostředí

Objektivní hodnocení: klient je orientován, spolupracující, dnešní terapie probíhá bez přítomnosti přítelkyně

Terapie: Cílem dnešní intervence je zhodnocení stavu po absolvování pobytu v lázních. Klient byl s pobytem spíše nespokojený, jediné pozitivum shledávám v tom, že si mohla přítelkyně oddechnout. Frekvence ani náplň terapií nesplňovaly jeho požadavky. Ačkoliv s přítelkyní

usilovali o služby, které by byli ochotni si zaplatit (např. robotickou rukavici Gloreha), nebylo jim vyhověno. Jelikož je klient při vykonávání pADL (konkrétně v oblékání, hygieně a přesunech) spíše pasivní, neměl tendenci podniknout kroky k procvičování těchto aktivit v rámci ergoterapeutických jednotek. Klient bylo znovu instruován ohledně plnění zadaných cviků a aktivit dle „motivačních tabulek“.

Úkoly a plán na další terapii: Následující ergoterapeutická intervence proběhne ve spolupráci s fyzioterapeutem, kdy bude cíleno na zkvalitnění přesunů na sedačku do vany a na toaletu.

28. 5. 2018

Subjektivní hodnocení: klient je v dobré náladě, cítí se dobře

Objektivní hodnocení: relativně aktivní a spolupracující

Terapie: Cílem dnešní návštěvy byla spolupráce s fyzioterapeutem, který ke klientovi pravidelně dochází. Ergoterapeutovi byla představena cvičební jednotka, která zahrnovala ovlivnění LHK, pasivní protažení akra LHK, pohyb s dopomocí, cviky s využitím overballu, bridging apod. Proběhl nácvik chůze s oporou o čtyřbodovou hůl. Přítelkyně klienta před nějakou dobou pořídila madlo. Byla vyzvána, aby jej do příští intervence připevnila. Ergoterapeut s fyzioterapeutem předpokládali, že klient s oporou o madlo bude schopný samostatně a bezpečně vertikalizace. S fyzioterapeutem proběhl nácvik přesunu do vany. Vzhledem k prostorovým možnostem a vybavení koupelny, nebyl nalezen kvalitnější způsob přesunu. Proběhl nácvik přesunu na toaletu, kdy odborníci usoudili, že pro zvýšení soběstačnosti bude potřeba pořízení nástavce na WC.

Úkoly a plán na další terapii: Ergoterapeut klientovi a jeho přítelkyni předá informační materiály ohledně kompenzačních pomůcek – toaletního křesla.

7. 6. 2018

Subjektivní hodnocení: cítí se relativně dobře, upozorňuje na únavu

Objektivní hodnocení: částečně spolupracující, dnes spíše apatický

Terapie: Na základě poskytnutých informací byl spolu s klientem a jeho přítelkyní vybrán vhodný nástavec na WC. Ergoterapeut se nabídl, že na KRL zažádá o vystavení poukazu. Náplní terapie byl nácvik vertikalizace do stoje s využitím opory o madlo, které klientova přítelkyně nainstalovala. Stoj byl dle klientových možností kvalitní a relativně stabilní. Klientovi bylo doporučeno zařadit vertikalizaci do stoje a výdrž ve stoji s přenášením váhy do svého cvičebního plánu.

Úkoly a plán na další terapii: Ergoterapeut na KRL požádá lékaře o vystavení poukazu na nástavec na WC a sedák do mechanického vozíku. Klientka zmínila, že v rámci denního stacionáře klient spolu s ergoterapeutem vybral sedák do mechanického vozíku.

21. 6. 2018

Subjektivní hodnocení: po fyzické i psychické stránce se cítí dobře

Objektivní hodnocení: aktivní, spolupracující

Terapie: Cílem dnešní intervence je ve spolupráci s fyzioterapeutkou docílit kvalitního přesunu na toaletní mísu. Přítelkyně klienta od poslední návštěvy opatřila nástavec na WC. Přes prvotní obavy a klientovy nevhodné projevy, proběhl nácvik přesunu na WC. Zpočátku bylo potřeba větší fyzické dopomoci ve smyslu jištění a poskytování opory. Po několika pokusech klient přesun zvládl samostatně s využitím opory o madlo na nástavci. Klient i jeho přítelkyně byli motivováni pro trénink přesunu na toaletní křeslo.

Úkoly a plán na další terapii: Klientovi a jeho přítelkyni bylo sděleno, že následující intervence bude poslední.

Výstupní ergoterapeutické vyšetření

29. 7. 2018

Subjektivní hodnocení: klient se cítí dobře, má dobrou náladu

Objektivní hodnocení: klient je spolupracující, výřečný

Terapie: Cílem dnešní návštěvy je provést výstupní vyšetření, které zahrnuje zhodnocení ADL prostřednictvím FIM a subjektivní zhodnocení kvality života klienta s využitím dotazníku WHO DAS II. Cílem bylo zhodnocení dosažených cílů.

5.8 Příloha č. 8 – Vyšetření a terapie F

Klient F

Vstupní ergoterapeutické vyšetření – domácí návštěva

Datum: 13. 4. 2018 (20. 4. 2018 vyšetření HKK)

Pohlaví: žena

Věk: 64

Diagnóza.: st.p.: 6. 6. 2015 intracerebrální hemoragie vlevo (5/2015 operována pro karcinom duodena, poté spontánní krvácení do mozku); obraz pravostranné hemiparézy s akcentací na HK

Kognitivní a psychosociální funkce:

Klientka je orientovaná, spolupracující a reaguje adekvátně. V rámci intervencí je patrný problém ve výbavnosti slov a fluenci řeči. Subjektivně klientka uvádí největší potíže s výbavností slov, pochopením přečteného textu a zapamatováním si obsahu mluveného projevu. Klientčinou strategií je si důležité údaje značit do kalendáře.

MoCA: 26/30 b. (norma)

Zrakově-prostorové a exekutivní úlohy: 4/5 (využívá nedominantní HK; *při kresbě hodin, nelze rozpoznat délku ručiček*)

Pojmenování: 3/3

Pozornost: 5/6 (*Klientka nebyla schopná opakovat řadu číslic v opačném pořadí.*)

Řeč: 2/3 (*Klientka nebyla schopná zopakovat větu.*)

Abstrakce: 2/2

Paměť – oddálené vybavení slov: 4/5 (*Klientka si nemohla vzpomenout na jedno slovo. Při nápovědě s výběrem byla schopná odpovědět.*)

Orientace: 6/6

Mobilita/lokomoce:

V rámci lůžka – klientka je v rámci lůžka soběstačná, přetočí se na obě strany, má obtíže s přetočením se z břicha zpět na záda/bok (do této polohy se dostává, jelikož chce cvičit v pozici vzpor klečmo)

Vertikalizace do sedu – klientka vertikalizaci do sedu zvládá samostatně, správným pohybovým stereotypem

Sed – sed je stabilní

Vertikalizace do stoje – vertikalizaci do stoje klientka zvládá samostatně, bez využití kompenzačních pomůcek

Stoj – klientka zaujímá stoj o širší bázi, bez opěrné pomůcky je lehce nestabilní

Chůze – klientka zvládá chůzi v rámci interiéru bez opěrné pomůcky (v případě potřeby se opře o kus nábytku), v exteriéru využívá 1 FB, tréninkově zkoušela i vycházkovou hůl, v doprovodu ujde cca 2 km; typický hemispastický vzor chůze, souhyb trupu a HKK chybí

Chůze do/ze schodů – klientka trpí klaustrofobií, proto upřednostňuje chůzi do/ze schodů v domě (4. patro), kde má k dispozici zábradlí po obou stranách; chůzi do/ze schodů kde není zábradlí po levé straně, nezkoušela

Funkční hodnocení HKK:

Dominance: pravák

Taxe: na PHK nelze vyšetřit, LHK - BPN

Čítí (PHK): povrchové: vyšetřováno taktilní čítí (dotyk v oblasti ramene, lokte, předloktí, zápěstí, dorzální i palmární strany dlaně) – márná hpestezie v oblasti ramene; určila 7/10 podnětů

hluboké: polohocit (nastavení končetiny v klíkových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – normostézie; pohybovit (vyšetřováno v klíkových segmentech – rameno, loket, zápěstí, prsty) – normostézie

Tonus: spastická PHK; orientační vyšetření spasticity (dle Ashworthovy škály):

m. latissimus dorsi – 2

m. triceps brachii – 3

m. biceps brachii – 0

m. pronator teres, m. pronator quadratus – 2

m. flexor carpi ulnaris, m. flexor carpi radialis – 3
 m. extensor carpi ulnaris, extensor carpi radialis longus/brevis – 0
 extensory prstů – 0
 flexory prstů – 1

AROM: klientka pohyb v rameni kompenzuje trupem; aktivní hybnost v lokti a v oblasti akra není (plegie)

PROM: ve všech kloubních segmentech lze protáhnout do fyziologických rozsahů

Jemná motorika: plegie akra PHK, klientka se snaží PHK do aktivit zapojit tím, že do dlaně vkládá věci, nebo PHK využívá k přidržení

Grafomotorika – používá nedominantní LHK, písmo je čitelné, ale neúhledné

Hodnocení ADL:

FIM: 109/126 (86,51% = modifikovaná nezávislost/supervize)

Celkový průměr: 6,06

Fyzické položky: 78/91 (85,71% = modifikovaná nezávislost/supervize)

Průměr A – M: 6,00

Psychosociální položky: 31/35 (88,57% = modifikovaná nezávislost/minimální slovní dopomoc)

Průměr N – R: 6,20

Datum vyšetření	13.4.2018	14.5.2018	6.8.2018
Příjem jídla	6	6	6
Osobní hygiena	5	6	6
Koupání	6	6	6
Oblékání - horní 1/2 těla	6	6	6
Oblékání - dolní 1/2 těla	6	6	6
Použití WC	6	6	6
Kontrola močení	6	6	6
Kontrola vyprazdňování	7	7	7
Přesun z postele na židli/vozík	7	7	7
Přesun na toaletu	6	6	6
Přesun do vany/sprchy	6	6	6
Chůze/Jízda na vozíku	5	6	6
Schody	6	7	7
Rozumění	6	6	6
Exprese	5	6	6
Sociální interakce	7	7	7
Řešení problémů	7	7	7
Paměť	6	6	6

Interpretace:

Osobní hygiena: 35/42 (83,33% = supervize/modifikace)

A Příjem jídla **6** – Klientka pro sebesycení používá pouze vidličku, nebo lžici, kterou drží v LHK (strava je uzpůsobena tak, aby ji nemusela na talíři krájet).

B Osobní hygiena **5** – Klientka všechny úkony osobní hygieny zvládá samostatně. Problém má s otvíráním zubní pasty a dalších přípravků, které mají šroubovací uzávěr, kdy využívá služeb kurýra donáškové služby.

C Koupání **6** – Celotělová hygiena probíhá ve vaně ve stoji na protiskluzové podložce, kdy je klientka schopná namydlit, opláchnout a osušit si celé tělo. Veškeré úkony vykonává LHK.

D Oblékání horní poloviny těla **6** – Klientka je schopná si za dostatečné časové dotace obléct horní polovinu těla samostatně. Nezvádne si obléct klasickou podprsenku, proto nosí sportovní (bez zapínání).

E Oblékání dolní poloviny těla 6 – Za dostatečné časové dotace klientka samostatně zvládne obléct dolní polovinu těla, včetně bot, které však musí být na suchý zip, nebo jsou opatřeny modifikovanými (spirálovými) tkaničkami.

F Použití WC 6 – Klientka zvládá veškeré úkony na toaletě samostatně. Pro očištění využívá nedominantní LHK.

Kontrola sfinkterů: 13/14 (92,86% = modifikace)

G Kontrola močení:

část I. 6 – Klientka využívá absorpční vložku z důvodu příležitostných nehod.

část II. 6 – Frekvence nehod klientka uvádí v průměru jenu za dva týdny.

H Kontrola vyprazdňování

část I. 7 – Klientka nevyužívá žádnou pomůcku.

část II. 7 – Klientka uvádí, že nemá problémy s únikem stolice.

Přesuny: 19/21 (90,48% = modifikace)

I Postel, židle, vozík 7 – Klientka zvládá přesuny na postel a židli zcela samostatně a bezpečně.

J Toaleta 6 – Klientka zvládá přesun na WC samostatně. Při posazování se jistí přidržením za rám dveří.

K Vana, sprchový kout 6 – Přesun do vany klientka zvládá samostatně. Přidrží se madla.

Lokomoce: 11/14 (78,57% = supervize/modifikace)

L Chůze/Jízda na vozíku 5 – Klientka je v interiéru schopná chůze (patologickým stereotypem) bez pomůcky, kdy se v případě potřeby přidrží nábytku. V exteriéru využívá 1FB a v doprovodu další osoby je schopná ujít cca 2 km.

M Schody 6 – Klientka je schopná chůze do/ze schodů, pokud má po levé straně zábradlí, o které se může přidržet.

Komunikace: 11/14 (78,57% = minimální slovní dopomoc/modifikace)

N Rozumění 6 – Klientka má mírné obtíže s porozuměním delšího psaného textu a v některých případech i mluveného slova. Využívá vnitřních strategií a při běžné řeči nejsou patrné deficity.

O Expres 5 – Klientka má mírné obtíže ve vyjadřování, které se zhoršují se stresem.

Sociální schopnosti: 20/21 (95,24% = modifikace)

P Sociální interakce 7 – Klientka je spolupracující, reaguje adekvátně k situaci. Je společenská a snaží se zapadnout do komunity.

Q Řešení problémů 7 – Klientka se rozhoduje rozumně, bezpečně a včas ohledně finančních, společenských a osobních záležitostí.

R Paměť 6 – Klientka má mírné obtíže s dlouhodobou pamětí. Důležité údaje si zaznamenává do sešitu a do kalendáře.

Hodnocení IADL:

Jízda dopravním prostředkem – pro transport využívá handicap taxi, nebo ji převáží rodina

Nákup potravin – nákup řeší prostřednictvím on-line objednávek přes rohlík.cz

Příprava pokrmu – přípravu jednoduchých pokrmů zvládá samostatně, vaří více porcí (alespoň na 2 dny, nebo porci uchovává v mrazáku), má problém s otvíráním sklenic a lahví, kdy využívá služeb kurýra donáškové služby

Domácí práce – běžné domácí práce zvládá již samostatně, potřebuje pomoc rodiny při větším úklidu (např. mytí oken) a při výměně ložního prádla

Vyprání osobního prádla – klientka zvládá prádlo vyprat i pověsit (na rozkládací sušák)

Funkční komunikace – klientka pro funkční komunikaci využívá mobilní telefon, kdy přijme i odešle hovor (tréninkově, zadáno logopedem), zvládá přijmout i odeslat sms; využívá osobní počítač

Management léků – zvládá samostatně

Management financí – zvládá samostatně (internetbanking)

Péče o druhé – dříve péče o vnoučata, nyní nikoliv

Subjektivní hodnocení disability – dotazník WHO DAS II

Svou životní situaci subjektivně hodnotí v průměru jako středně obtížnou – 28,09%

WHO DAS 2.0 – klient F			
	vstup	kontrola	výstup

Porozumění a komunikace	29,17%	25%	29,17%
Mobilita	45%	45%	45%
Sebeobsluha	0%	0%	0%
Vztahy s lidmi	10%	10%	10%
Životní aktivity	43,75%	32,25%	43,75%
Účast ve společnosti	40,63%	37,50%	37,50%
Celkem	28,09%	24,79%	27,57%

Ergoterapeutické intervence:

13. 4. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí relativně dobře, uvádí pouze mírnou únavu

Objektivní hodnocení: klientka je spolupracující, výzvam se snaží vyhovět

Terapie: cílem intervence byl odběr anamnézy a základní vyšetření klientky, které proběhlo na Klinice rehabilitačního lékařství; součástí byla spolupráce s fyzioterapeutem, kdy klientka absolvovala jednu z posledních ambulantních fyzioterapií v rámci denního stacionáře, kdy bylo cíleno na zlepšení mobility HKK i DKK, především pak vertikalizaci z nízkých poloh (klek, vzpor i leh) do stoje, chůze v terénu a chůze do/ze schodů; pro zkvalitnění chůze fyzioterapeut využil „spirální rovnač“, funkční elektrickou stimulaci, avšak bez většího efektu; klientce byla doporučena peroneální páska; spolu s klientkou a fyzioterapeutem jsme se dohodli, že v rámci pravidelných ergoterapeutických intervencí proběhne nácvik chůze v terénu, chůze do/ze schodů a jízda dopravními prostředky MHD, tak aby se klientka mohla bezpečně dopravit na následující ambulantní fyzioterapii naplánovanou na 5. 6. 2018

Úkoly a plán na další terapii: intervence v domácím prostředí klientky, zhodnocení bytu i okolí, vyšetření horních končetin a doplnění vstupního vyšetření

20. 4. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, na terapii se těší

Objektivní hodnocení: klientka je orientovaná, spolupracující

Terapie: v rámci terapie proběhlo vyšetření horních končetin, kdy byl na základě patrných deficitů (paréza PHK, bez možnosti úchopů) stanoven cíl – umožnění otvírání lahví, sklenic apod.; dále bylo zhodnoceno okolí bydliště klientky – pro potencionální nácvik iADL (pohyb v exteriéru za účelem vykonávání iADL - nakupování, jízda dopravními prostředky a účastnění se společenských aktivit)

Úkoly a plán na další terapii: představení dostupných kompenzačních pomůcek pro usnadnění otvírání lahví, sklenic apod., praktický trénink modifikovaných variant otvírání lahví, sklenic apod.

25. 4. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, má dobrou náladu

Objektivní hodnocení: klientka je spolupracující a angažovaná, o nabízené možnosti jeví zájem

Terapie: klientce byly představeny kompenzační pomůcky pro usnadnění otvírání různých uzávěrů lahví, sklenic, tub apod.; klientka si připravila ty uzávěry, se kterými má (především při prvotním otevření) problém – zubní pasta, krém na pleť, aviváž, zavařovací sklenice, voda v pet lahvi; v mnoha případech byla pro otevření využita protiskluzová podložka, kterou již klientka vlastnila a pouze potřebovala předvést, jak otevření zvládnout pouze LHK; z představených kompenzačních pomůcek jí vyhovoval – gumový otvírač sklenic (DMA) a pákový otvírák pet lahví (domácí potřeby)

Úkoly a plán na další terapii: s klientkou bylo domluveno, že proběhne nácvik mobility v terénu, především pak jízda dopravními prostředky MHD – klientka je objednaná na pravidelnou kontrolu na kardiologii v Nemocnici na Bulovce (přímý autobusový spoj)

30. 4. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, je v dobré náladě, ale lehce nervózní z jízdy v MHD

Objektivní hodnocení: klientka je spolupracující, nabízené rady a návrhy přijímá s vděčností

Terapie: v rámci intervence proběhl nácvik jízdy dopravním prostředkem MHD – autobusem, který má zastávku cca 300 m od klientčina domu, přestože jde o relativně malou vzdálenost, klientka musí počítat s dostatečnou časovou rezervou, jelikož jí vypravení se z bytu a samotná chůze trvala cca 15 minut, negativním faktorem byl silný vítr a zvolená trasa – klientka chtěla využít nejkratší možnou cestu, a proto šla po trávě, na které nebyla stabilní; při jízdě autobusem měla klientka největší problém s nastoupením, vystoupením (ačkoliv šlo o nízkopodlažní vůz) a usazením – klientka byla poučena, že nejbezpečnější a nejkomfortnější pro ni bude nastupovat/vystupovat dveřmi nejbližší řidiči, kdy jej může požádat o případnou pomoc, také byla vyzvána, aby v případě potřeby oslovila cestující ohledně uvolnění místa na sezení
Úkoly a plán na další terapii: klientce byl nabídnut doprovod na plánované vyšetření, to však odmítla; byla vyzvána, aby ergoterapeuta informovala alespoň telefonicky (trénink doporučený logopedem)

8. 5. 2018

S klientkou proběhl telefonický hovor s cílem zjistit, zda klientka zvládla jízdu dopravním prostředkem MHD a zároveň sloužil jako trénink verbální komunikace. Klientka i z časového hlediska a jistého stresového faktoru zvolila pro jízdu do nemocnice handicap taxi. Při cestě zpět jela autobusem. Cestování se obešlo bez komplikací, dokonce zvládla chůzi do/ze schodů, kde neměla k dispozici zábradlí po levé straně. Negativně vnímá (zdá se jí hloupé) oslovení cestujících ohledně uvolnění místa. Hovor byl srozumitelný, ale často odbíhala od tématu a nebyla schopná vyjádřit podstatnou myšlenku. Občas potřebovala větší časovou dotaci pro správnou volbu slov.

Kontrolní ergoterapeutické vyšetření

Datum: 14. 5. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka je v dobré náladě a cítí se dobře

Objektivní hodnocení: klientka je orientovaná, spolupracující

Terapie: Cílem dnešní návštěvy je provést kontrolní vyšetření (cca po jednom měsíci spolupráce), které zahrnuje zhodnocení ADL prostřednictvím FIM a subjektivní zhodnocení kvality života klientky – dotazník WHO DAS II., dále pak zhodnocení dosažení dosavadních cílů.

Úkoly a plán na další terapii: cílem nadcházející intervence bude jízda metrem, včetně chůze do stanice metra, která je vzdálená přibližně 1 km (rychlou chůzí přesun trvá 10 – 15 minut)

23. 5. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, má dobrou náladu

Objektivní hodnocení: klientka je aktivní, spolupracující, motivovaná

Terapie: cílem dnešní intervence je nácvik iADL – jízda dopravním prostředkem, konkrétně metrem, kdy klientka byla při setkání přichystaná již před domem; cesta do stanice metra trvala cca 40 minut pomalou chůzí a klientka potřebovala přestávky; pohyb ve stanici metra klientka zvládala bez větších komplikací, ačkoliv se obávala jízdy eskalátorem; nástup do/z vlakové soupravy zvládala bez problémů (držela se dřívějších doporučení a zvolila vůz nejbližší řidiči); posadit se odmítla (tréninkově jela pouze jednu zastávku, kdy shledala, že by pro ni bylo náročné vstát), nekomfortní shledala situaci, kdy se chtěla přidržet tyče a neměla kde bezpečně odložit berli (v této situaci ji třímala ergoterapeut)

Úkoly a plán na další terapii: s klientkou proběhne nácvik jízdy dalším dopravním prostředkem MHD – tramvají, kdy jízdu tramvají využije pro přepravu na KRL a k dceři; na základě analýzy činnosti, kdy byla pro klientku nekomfortní manipulace s berlí, bude při následující návštěvě berle opatřena poutkem/gumou

28. 5. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí relativně dobře, uvádí mírné bolesti břicha

Objektivní hodnocení: klientka je motivovaná, má zájem o nácvik jízdy tramvají

Terapie: ergoterapeut klientce připevnil na berli gumovou smyčku, díky které se klientka bude moci přidržet tyče v dopravním prostředku MHD; pro zdołání vzdálenosti mezi bytem klientky a tramvajovou zastávkou klientka využila autobus, přestože tak klientka ušetřila cca 40 minut chůze, byla unavená a necítila se příliš dobře, na jízdě tramvají však trvala; klientka byla lehce nervózní, jelikož nepřišel nízkopodlažní vůz (přestože to tak bylo uvedeno v jízdním řádu), ale

zvolání schodů s oporou o tyč (kdy berle byla prověšená na nově připevněné gumové smyčce) zvládla, i v tomto případě se klientka držela dřívějších doporučení

Úkoly a plán na další terapii: při následující intervenci ergoterapeut klientku doprovodí na KRL, kde má naplánovanou ambulantní fyzioterapii a logopedii; v doprovodu ergoterapeuta klientka navštíví prodejnu s kompenzačními pomůckami; dle společného uvážení klientka absolvuje transport dopravními prostředky MHD zpět domů již samostatně, případně využije služeb handicap taxi

5. 6. 2018

Náplní intervence měla být asistence při transportu na KRL, kde by proběhla určitá interprofesní spolupráce. Klientka však byla o víkendu hospitalizována pro akutní pyelonefritidu a byl jí do močového ústrojí zaveden stent. Klientka ergoterapeuta informovala prostřednictvím sms. Ergoterapeutovi sdělila, že po návratu do domácího prostředí a rekonvalescenci ho bude informovat o další možné spolupráci.

26. 6. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí po fyzické i psychické stránce relativně dobře, uvádí mírnou únavu

Objektivní hodnocení: klientka je spolupracující, motivovaná

Terapie: cílem dnešní návštěvy bylo zhodnocení klientčina zdravotního stavu; klientka musí nyní dodržovat určitá opatření – vyhnout se předklonům a elevovat dolní končetiny se zapojením břišních svalů, klientka je limitována drážděním na močení v cca hodinových intervalech, u klientky se především ve večerních hodinách objevují bolesti v bederní oblasti; klientka byla v rámci terapie edukována o bezpečném provádění pADL a iADL vzhledem k výše zmíněným omezením

Úkoly a plán na další terapii: klientka v současné době shledává jako největší problém zvládnutí domácích prací, ergoterapeut se s klientkou domluvil, že v rámci následující intervence proběhne nácvik bezpečného vykonávání iADL – vytření podlahy a převlékání ložního prádla

10. 7. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře

Objektivní hodnocení: klientka je aktivní a spolupracující

Terapie: po předchozí domluvě byla provedena analýza činnosti – vytírání podlahy, kdy měla klientka obtíže s otevřením uzávěru na saponátu, klientce bylo doporučeno, aby využila protiskluzovou podložku, vzhledem ke zdravotním omezením klientka využívá pouze malé množství vody v kbelíku, má k dispozici „samoždímací“ mop a pouze občas se potřebuje dostat do nižších poloh, kdy ji vzhledem k omezeným předklonům bylo doporučeno zanožit pravou dolní končetinu – klientka je však poté značně nestabilní a hrozí zde riziko pádu; pro podávání předmětů ze země byl klientce představen švédský podavač předmětů (o jeho pořízení klientka popřemýšlí); další z problémových oblastí v péči o domácnost je pro klientku převlečení ložního prádla – v rámci proběhl nácvik, byly hledány různé možnosti s využitím kompenzačních mechanismů i pomůcek, avšak bezúspěšně, v této činnosti klientka potřebuje fyzickou pomoc další osoby (má ochotnou rodinu, která jí pomáhá s větším úklidem)

Úkoly a plán na další terapii: klientka navrhla nácvik iADL – nakoupení základních potravin v blízké večerce

17. 7. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, má dobrou náladu – po delší době ji čeká pohyb mimo byt

Objektivní hodnocení: klientka je aktivní, motivovaná

Terapie: cílem intervence byl nácvik iADL – nákup potravin v obchodě vzdáleném cca 500 m; klientce byl nabídnut kinesiotejping pravé dolní končetiny pro podporu dorzální flexe, vliv kinesiotejpingu klientka hodnotí pozitivně; klientka zvládla pomalou chůzí dojít do večerky, nakupování probíhalo tak, že v obchodě odložila francouzskou hůl a v případě potřeby se přidržela regálu, zboží vkládala do vlastní tašky zavěšené na paretické končetině, největší problém měla s odtržením mikrotenového sáčku – klientce bylo navrženo, že v krajním případě může požádat o odtržení prodavačku, prodavačka byla velice ochotná, klientce nákup po namarkování vložila zpět do tašky a tašku s nákupem klientce pomohla umístit do batohu

Úkoly a plán na další terapii: klientku během následujícího měsíce čeká společenská akce – setkání bývalých spolužáků ze střední školy, klientka projevila zájem o návštěvu kadeřníka v blízkém okolí; byla vyzvána, aby se ke kadeřníkovi objednala telefonicky

27. 7. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, těší se na péči kadeřníka

Objektivní hodnocení: klientka je aktivní, motivovaná, vděčná za doprovod

Terapie: klientka ve smluvenou dobu čekala na autobusové zastávce před domem, proběhla jízda nízkopodlažním autobusem zcela bez komplikací; klientka zvládla vyjít schody bez opory o zábradlí; pro zpáteční cestu zvolila způsob dopravy prostřednictvím taxi

Úkoly a plán na další terapii: ergoterapeut se s klientkou dohodl, že následující návštěva bude poslední, k prodloužení spolupráce došlo na základě zdravotních komplikací klientky

Výstupní ergoterapeutické vyšetření

Datum: 6. 8. 2018

Subjektivní hodnocení: klientka se cítí dobře, má dobrou náladu

Objektivní hodnocení: klientka je aktivní, spolupracující, ochotná pokynům vyhovět

Terapie: Cílem dnešní návštěvy je provést výstupní vyšetření, které zahrnuje zhodnocení ADL prostřednictvím FIM a subjektivní zhodnocení kvality života klientky – dotazník WHO DAS II., dále pak zhodnocení dosažení dosavadních cílů.